

ERNÆRING I SYKEHJEM

- evaluering av pilotprosjekt

Kjersti Trangsrud



Masteroppgave i klinisk ernæring
Avdeling for ernæringsvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

Juni 2012.

© Forfatter Kjersti Trangsrud

År 2012

Tittel: Ernæring i sykehjem – evaluering av et pilotprosjekt.

Forfatter: Kjersti Trangsrud

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Copycat, Universitetet i Oslo

Forord

Det er mange som fortjener en stor takk for sine bidrag under prosessen med gjennomføringen av denne masteroppgaven.

Først og fremst ansatte og ledelse ved Vålerenga bo- og servicesenter, St. Hanshaugen omsorgssenter, Grünerløkka sykehjem og Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter, som bidro med verdifull informasjon under evalueringen av pilotprosjektet. Takk for deres deltakelse.

Samarbeid med Sykehjemsetaten har vært avgjørende for innsamling av data. Takk for deres tilrettelegging og arbeidsinnsats.

Mine tre veiledere; Professor Kirsten Bjørklund Holven ved Universitetet i Oslo, Tonje Mellin-Olsen og Johanne Alhaug, - begge klinisk ernæringsfysiologer ved LDS. Takk for deres faglige og konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet med masteroppgaven. Deres oppmuntring, støtte og tilgjengelighet underveis har vært viktig for komme i mål med denne evalueringen.

En helt spesiell takk til Kim og Bjørn Inge for deres støtte og tålmodighet underveis i studietiden.

Namnå/Oslo, mai 2012

Kjersti Trangsrud

Sammendrag

Bakgrunn og mål:

Underernæring hos eldre forekommer hyppig. Eldre som behandles i helsesystemet, er preget av sammensatte lidelser, der underernæring ofte er en del av det totale sykdomsbildet.

Pleiepersonell som behandler eldre, trenger derfor god kunnskap om hvordan underernæring kan forebygges og behandles. Studier har vist at pleiepersonell på sykehjem har begrenset kunnskap om dette, men 80 % av sykehjem har ønske om mer kunnskap om ernæring for å kunne bedre kvaliteten på ernæringsarbeidet. Denne problematikken blir stadig mer aktuell ettersom liggetiden går ned på sykehusene. Pasienter som blir innlagt på sykehjem oppleves som sykere nå enn tidligere og gir mange utfordringer for pleiepersonalet.

Pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem” var et samhandlingsprosjekt mellom Lovisenberg Diakonale sykehus (LDS), Sykehjemsetaten (SYE) og fire utvalgte sykehjem. Klinisk ernæringsfysiolog ved LDS skulle ivareta kompetanseheving av pleiepersonell på sykehjemmene innen ernæring, spesielt rettet mot forebygging og behandling av underernæring. Det ble valgt ut en korttidsavdeling fra hvert sykehjem til å delta i pilotprosjektet.

Målet med pilotprosjektet var å tilstrebe enhetlig ernæringsbehandling i forhold til forebygging og behandling av underernæring. Undervisning og veiledning ble knyttet opp til forslag til nye ernæringsrelaterte prosedyrer og en «verktøykasse» på PC med ernæringstiltak utarbeidet i samarbeid med ansatte.

Målet med denne masteroppgaven var å evaluere om økt fokus på underernæring, gjennom undervisning, veiledning og systematiserte ernæringstiltak, hadde ført til økt kunnskap, forståelse og ferdigheter blant pleiepersonalet.

Metode:

Kunnskapsøkning blant pleiepersonell på sykehjem ble evaluert med kunnskapsbasert spørreskjema før (n = 54) og etter (n = 49) pilotprosjektet.

Ferdigheter blant pleiepersonell ble evaluert via kartlegging av dokumenterte ernæringstiltak i pasientjournaler. Hundre journaler, ett korttidsopphold per journal, ble gjennomgått før og etter pilotprosjektet. Frekvens og kvalitet på generell ernæringsinformasjon ble også kartlagt.

Forståelse og holdninger til ernæringsarbeidet hos pleiepersonell ble evaluert via fokusgruppeintervju etter pilotprosjektet. Fire grupper (totalt n = 15) deltok i intervjuene som vektla prosjektet generelt og ernæringsfokus spesielt.

Resultater:

Kunnskapsnivået økte signifikant hos pleiepersonalet ($p < 0.001$). Ferdigheter, målt via dokumenterte ernæringstiltak, hadde ikke økt vesentlig som følge av pilotprosjektet, med unntak av dokumentert bruk av næringsdrikker ($p = 0.008$). Dokumentasjon av detaljert beskrivelse av matinntak hadde økt signifikant ($p = 0.002$). Likeledes hadde dokumentasjon av detaljert drikkeinntak en signifikant økning ($p < 0.001$). Totalt sett hadde dokumentasjon av ernæringsinformasjon økt, men nytteverdien av dette var begrenset i forhold til kravet om vurdering av totalt ernæringsinntak opp mot beregnet behov. Fokusgruppene beskrev økt fokus på ernæring og holdningsendring i avdelingen som følge av undervisning og veiledning, samt jevnlig tilstedeværelse av klinisk ernæringsfysiolog. Innarbeidelse og opprettholdelse av nye rutiner ble sett på som en stor utfordring. Det ble påpekt viktigheten av rammefaktorer som klar ledelse, tid og økonomi for å oppnå målsetningen.

Konklusjon:

Prosjektet var vellykket, men resultatene viste at undervisning alene ikke var tilstrekkelig til å holde ernæringsfokuset oppe. Undervisning må gjentas regelmessig i tillegg til jevnlig veiledning. Det er viktig med tilstedeværelse av ernæringskompetanse og veiledning av klinisk ernæringsfysiolog for opprettholdelse av ernæringsfokus.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	V
Sammendrag	VI
Liste over figurer og tabeller	X
Liste over vedlegg.....	XI
1 Innledning.....	1
1.1 Eldrebølgen.....	1
1.2 Eldre og ernæring	2
1.3 Ernæringskompetanse i kommunehelse-tjenesten.....	4
1.4 Politiske føringer i forhold til ernæringsarbeid	5
1.4.1 Samhandlingsreformen.....	7
1.4.2 Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.....	9
1.4.3 Helsetilsynet	10
1.5 Sykehjemsetaten (SYE).....	11
1.5.1 Pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem”	12
2 Problemstilling	18
3 Metode.....	19
3.1 Kunnskapsbasert spørreskjema.....	19
3.2 Journalgjennomgang.....	20
3.2.1 Gericia	21
3.2.2 Journalutvalg	21
3.3 Fokusgruppeintervju	22
3.4 Etiske betraktninger	23
3.5 Statistisk analyse.....	23
4 Resultater.....	24
4.1 Resultater fra kunnskapsbasert spørreskjema.....	24
4.2 Resultater fra dokumentasjon i journalene	26
4.2.1 Rutinemålinger	26
4.2.2 Vedtak på ernæring	27
4.2.3 Faktorer som kan påvirke ernæringsstatus	28

4.2.4	Ernæringsrelaterte journalnotater	30
4.2.5	Ernæringstiltak	32
4.3	Resultater fra fokusgruppeintervju	33
4.3.1	Fokus på ernæring	33
4.3.2	Bruk av PC-baserte ernæringstiltak.....	35
4.3.3	Undervisning av klinisk ernæringsfysiolog:	36
4.3.4	Veiledning av klinisk ernæringsfysiolog.....	38
4.3.5	Dokumentasjon i Gericca.....	39
4.3.6	Rammefaktorer.....	40
5	Diskusjon.....	43
5.1	Metodiske betraktninger	43
5.1.1	Mastergradsstudentens bakgrunn	43
5.1.1	Kunnskapsbasert spørreskjema	44
5.1.2	Kartleggingsskjema for journalnotater	44
5.1.3	Fokusgruppeintervju.....	45
5.2	Diskusjon av resultater	47
5.2.1	Har kunnskapsnivået økt hos pleiepersonalet?.....	47
5.2.2	Har økt fokus på ernæring ført til økt forståelse og holdningsendring blant personalet?.....	50
5.2.3	Har pleiepersonalets ferdigheter økt?.....	52
5.2.4	Rammefaktorer.....	53
6	Konklusjon	57
	Referanseliste	59
	Vedlegg	67

Liste over figurer:

Figur 1: Overordnet prosjektplan for pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem”

Figur 2: Flytskjema for evaluering av pilotprosjektet

Figur 3: Resultater fra kunnskapsbasert spørreskjema

Figur 4: Resultater per spørsmål fra kunnskapsbasert spørreskjema

Liste over tabeller:

Tabell 1: Rutinemålinger

Tabell 2: Kartlegging av ernæringsrelatert informasjon i Gerica, før og etter pilotprosjektet.

Tabell 3: Faktorer som kan påvirke ernæringsstatus

Tabell 4: Tannstatus

Tabell 5: Ernæringsrelaterte journalnotater vedrørende matinntak

Tabell 6: Ernæringsrelaterte journalnotater vedrørende væskeinntak

Tabell 7: Journalnotater vedrørende ernæringstiltak

Bilde:

Bildet: Prosjekt PC og skuffene i ”verktøykassen”

Liste over vedlegg:

- Vedlegg nr 1:** Kunnskapsbasert spørreskjema.
- Vedlegg nr 2:** Kartleggingsskjema for journalgjennomgang.
- Vedlegg nr 3:** Fremgangsmåte for kartlegging av dokumentasjon i tiltaksplan i Gericia.
- Vedlegg nr 4:** Invitasjon til fokusgruppeintervju.
- Vedlegg nr 5:** Intervjuguide for fokusgruppene.
- Vedlegg nr 6:** Godkjenning av journalgjennomgang (I).
- Vedlegg nr 7:** Godkjenning av journalgjennomgang (II).
- Vedlegg nr 8:** Godkjenning fra Kompetansesenter for personvern og informasjonssikkerhet, Oslo Universitetssykehus HF.
- Vedlegg nr 9:** Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS.

1 Innledning

Eldre og helse er et utfordrende tema som gis stor samfunnsmessig oppmerksomhet og vekker engasjement. Omsorgen for de eldre er derfor stadig i medias søkelys. Overskrifter som: ”16 timer til frokost”, ”Uverdige eldreomsorg” og ”Eldre dør av underernæring” retter søkelyset på eldres rettigheter. Eldre skal sikres verdig omsorg og være trygge på å få dekket sine grunnleggende behov. Verdighetsgarantien kom i januar 2011 for å styrke eldres rettstilstand og sikre et forsterket tjenestetilbud til denne gruppen. For å sikre forsvarlig pleie og omsorg til de eldre, trengs helsepersonell med høy kompetanse og faglig tyngde i primærhelsetjenesten.

Samhandling er et høyt aktuelt tema i mediene. Det stilles spørsmålstegn ved om de eldre, etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar i år, utskrives for tidlig fra sykehusene. For å kunne måle dette, er reinnleggelser innført som en kvalitetsindikator. Siden reinnleggelser kan ha årsak i dårlig samhandling mellom de ulike tjenestenivåene kan disse resultatene således brukes som en samhandlingsindikator. Etter oppdrag fra Helsedirektoratet har Kunnskapssenteret derfor undersøkt forekomsten av uplanlagte reinnleggelser for eldre pasienter ved alle somatiske sykehus i Norge. Resultatene viser at reinnleggelser er hyppig forekommende i norske sykehus (1).

Samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten er avgjørende for at pasienter blir hensiktsmessig ivaretatt etter utskriving. Dette tilsier økende krav til kompetansen i primærhelsetjenesten. De stadig økende utfordringene forbundet til eldre og ernæring ønsker man blant annet å møte med økt ernæringskunnskap hos pleiepersonell og bedre rutiner for ernæringsarbeidet. Det er derfor viktig å evaluere om implementering av ernæringsverktøy og rutiner bidrar til dette.

Denne masteroppgaven er en evaluering av et slik samhandlingsprosjekt mellom sykehus og sykehjem der implementering av ernæringsverktøy og kompetanseheving er nøkkelord.

1.1 Eldrebølgen

Levealderen er blitt betydelig forlenget nesten over hele verden (2). Velstandsutvikling, forbedret hygiene og bedre helsetjenester har medvirket til dette. I år 2000 var 600 millioner mennesker 60 år og eldre. Innen 2025 antar man antallet vil ha steget til 1.2 milliarder og til 2

milliarder i år 2050 (2). Dødeligheten er redusert betraktelig de siste 100 årene i alle industrialiserte land samtidig som fruktbarheten har gått ned (3). I de rike landene er det befolkningsgruppen over 80 år som vokser raskest (2).

I Norge har det, på lik linje med andre industrialiserte land, skjedd en endring av den aldersmessige sammensetningen av befolkningen. Hos oss har en kombinasjon av høye fødselstall etter 2. verdenskrig, lave fødselstall nå og medisinsk utvikling medført en økning av antall eldre i befolkningen (4). Frem til 2020 vil man se størst økning i aldersgruppen 65 – 74 år. Deretter en økning i antall eldre over 80 år (4;5). I 2011 var cirka 221 000 personer, 4.5 %, 80 år eller eldre. Totalt sett er 742 000 personer eller omlag 15 % av befolkningen 65 år og eldre (6). Frem mot 2060 regner man med at gruppen over 67 år vil dobles, mens de over 80 vil tredobles i samme periode (5;7).

Risikoen for sykdom og funksjonshemming øker med alderen. Eldre har ofte flere sykdommer samtidig, som sammen påvirker funksjonsevne, livskvalitet og mental helse. Dette kan medføre flere legebekker, høyere forbruk av medisiner, lengre sykehusopphold og høyere dødelighet (4;8). Det er den eldste aldersgruppen som er mest ressurskrevende for helsevesenet og pleie- og omsorgstjenesten (6;9).

Det er i dag over 200 000 brukere av omsorgstjenestene (9), hvorav 40 000 bor i sykehjem og mer enn 160 000 mottar hjemmetjeneste. I dagens sykehus står eldre over 75 år for 11 % av totale innleggelser og utgjør 22.5 % av liggedøgnene (ibid). Selv om aktiviteten i spesialisthelsetjenesten har økt, reduseres både antall sykehussenger og liggetid per opphold.

I fremtiden vil man trolig ha en stor gruppe forholdsvis friske eldre i befolkningen og en betydelig gruppe eldre som trenger behandling for kroniske sykdommer eller hjelp på grunn av funksjonsnedsettelse (4). Dette vil ha effekter på helsevesenet og vil kreve utbygging av kapasitet og økt kompetanse på aldring (9).

1.2 Eldre og ernæring

Energiomsetningen hos mennesker avtar gradvis med alderen. Først og fremst skyldes dette en reduksjon i fysisk aktivitet, både i yrkes- og fritidssammenheng. I tillegg kommer en langsom nedgang i den basale energiomsetningen (10). For de fleste er det vanlig å regne med en reduksjon i energibehovet på ca 25 % fra begynnelsen av 20 åra til 75-årsalderen (11). Når

kroppens energibehov reduseres blir også energiinntaket lavere (12). Behovet for næringsstoffer er derimot uendret og risikoen øker for at inntaket av essensielle næringsstoffer blir for lavt (ibid).

Underernæring kan forekomme ved mange ulike sykdommer. Tiltross for tidlige rapporter om undernæringsproblematikk (fra 1970-tallet), viser undersøkelser at dette fortsatt er et problem både i Europa og andre deler av verden. Stratton (2003) viser til studier der underernæring er et problem både for hjemmeboende eldre og de som bor på sykehjem (13). Hos eldre med flere diagnoser, indikeres at opptil 85 % av pasientene på sykehus er underernærte eller i risikozonen (ibid). Studier fra sykehjem viser at opptil 100 % av eldre kan være i risiko for underernæring (13).

Aagaard gjennomførte i 2007 en tverrsnittsundersøkelse på sykehjem i Norge med fokus på mat og måltider (14). Alle fylkene ble representert og totalt deltok 570 sykehjem i undersøkelsen. Resultatene viste at rutiner for vurdering av pasientenes ernæringsstatus ikke var godt nok innarbeidet. Bare 15 % av sykehjemmene hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. Standard prosedyre for veiing ved innkomst manglet hos 43 % av sykehjemmene. 30 % manglet også rutine for regelmessig veiing i avdelingen. Likevel svarte 94 % at matinntaket ble registrert dersom beboeren hadde dårlig ernæringsstatus. 80 % av respondentene hevdet at personalet trengte mer kunnskap om ernæring for å bedre kvaliteten på ernæringsarbeidet i sykehjem. Aagaard konkluderte med at det var behov for nasjonale faglige retningslinjer for å bedømme ernæringsstatus.

Begrepet underernæring brukes i sammenheng med mangelfullt energi- og proteininntak og er ofte i kombinasjon med vitamin- og mineralmangel (13;15). Denne ernærings situasjonen kan gi en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og- funksjon (13;15;16). En slik tilstand kan medføre økt risiko for komplikasjoner etter inngrep, en redusert motstand mot infeksjoner og forverret fysisk og mental funksjon. I tillegg ser man forsinket rekonvalesens, redusert livskvalitet og økt dødelighet (17-19). Avhengig av hvilke grupper som er undersøkt og hvilke metoder som er brukt, er forekomsten av underernæring hos sykehjems- og sykehuspasienter antatt å være mellom 10 - 60 % (13;14;20-22). Årsaken til underernæring er for lavt matinntak i forhold til behovet. Det kan være mange årsaker til dette, blant annet depresjon, smerter, bivirkninger av behandling, tygge- og svelgeproblemer (23), medikamentbruk (24) og sykdom (25). Sistnevnte ansees som den viktigste årsaken (16;26).

Det antas at om lag 30 % av alle pasienter i sykehus er underernærte og for mange av disse forverres ernæringsstatus ytterligere under oppholdet (9;27).

Et godt kosthold har avgjørende betydning både for fysisk og psykisk helse, også i forebygging, habilitering og rehabilitering. Mange brukere av omsorgstjenestene har ernæringsrelaterte problemer hvor underernæring, eller risiko for underernæring, veier tungt. Undersøkelser tyder på at de som er mest utsatt for å utvikle ernæringsproblemer er de eldste eldre, de med nedsatt fysisk funksjon, eldre som nylig er blitt alene, kvinner mer enn menn og ensomme mennesker (9).

1.3 Ernæringskompetanse i kommunehelsetjenesten

Antall eldre med sammensatte lidelser og alvorlig funksjonssvikt øker i samfunnet vårt. Sammen med økning i antall yngre brukere av omsorgstjenestene utgjør dette store faglige og bemanningsmessige utfordringer for tjenestene.

Ernæring er en viktig del av helse- og omsorgstjenestens arbeid med forebygging, behandling og rehabilitering. Med økende forekomst av blant annet livsstilssykdommer, allergier, intoleranseproblematikk og underernæring av eldre, er det store pasientgrupper som har behov for kostrådgivning eller medisinsk ernæringsbehandling innenfor helsetjenesten. Dette medfører et økende behov for spisskompetanse innenfor ernæringsområdet både i spesialist- og kommunehelsetjenesten (7;25).

Klinisk ernæring inngår både i utredning, diagnostisering, behandling, forebygging, habilitering og rehabilitering av mange sykdommer og tilstander (28). Det er derfor viktig å ha tilgang på autorisert kompetanse innen klinisk ernæring (ibid). Kvaliteten på tjenestetilbudet til den enkelte bruker av helsetjenesten, bestemmes av helsepersonellens kunnskaper, ferdigheter, holdninger og personlige egenskaper. Å styrke den faglige kompetansen er en av de viktigste strategiene for å sikre kvalitet på tjenestetilbudet (9). Nasjonalt råd for ernæring påpeker den generelt lave ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten i Norge (29) og behovet for etablering av stillinger for klinisk ernæringsfysiolog på alle helsetjenestenivåer for å kvalitetssikre og styrke ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten:

”Mulighet for samarbeid med, få veiledning av eller å kunne henvise til autorisert klinisk ernæringsfysiolog, er nødvendig for å sikre en faglig forsvarlig helsehjelp i ulike sektorer. ”

”Omsorgsplan 2015” (9) tar for seg utfordringene innen kvalitet, kapasitet og kompetanse i omsorgstjenesten og viser til tiltak som for eksempel kvalifisering av personell, øke andelen med kvalifisert personell og økning av andel som jobber heltid (ibid). En målrettet identifisering og behandling av underernæring i primærhelsetjenesten vil gi helse- og økonomiske gevinster da flere kan behandles på et lavere tjenestenivå og dermed redusere behovet for spesialisthelsetjeneste (20).

Mowè (2006) undersøkte ernæringspraksis og holdninger til dette blant leger og sykepleiere i Skandinavia. Til sammen 4512, leger og sykepleiere, besvarte spørreskjemaet. Resultatene viste forskjeller mellom landene vedrørende vurdering av pasienter i risiko for underernæring. Norge kom dårligst ut både for bruk av ernæringscreening og registrering av matinntak. Alle landene var likevel enige om at dette var viktig å gjennomføre. Dette viste stor uoverensstemmelse mellom personalets holdninger til ernæring og praksis.

Manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet blant helsepersonell vil kunne bidra til at ernæringsstatus hos eldre ikke står i fokus for forebygging og behandling (18;26;30;31).

1.4 Politiske føringer i forhold til ernæringsarbeid

Stortingsmelding nr 47, Samhandlingsreformen, viser til at det er dokumentert behov for styrking av spisskompetansen innen ernæring i primærhelsetjenestene.

Samhandlingsreformen medfører økt behov for klinisk ernæringsfysiolog i kommunehelsetjenesten (29). I dag er det om lag 140 årsverk for klinisk ernæringsfysiologer i det norske helsevesen, der kun 3 % av disse er ansatt i kommunehelsetjeneste (32). Tilgangen på klinisk ernæringsfaglig kompetanse er mye lavere i Norge enn i andre land det er naturlig å sammenligne oss med (33;34). Blant annet har Sverige erfart at det er nødvendig med klinisk ernæringsfysiolog (kef) i primærhelsetjenesten (35):

”Det har blivit tydligt att dietistkompetansen är en viktig funktion inom kommunal vård och omsorg”. (Kungsör)

”Kvaliteten har höjts oerhört mycket inom kost och nutrition genom att anställa en dietist”. (Lycksele)

Ifølge Helsedirektoratets beregninger er det behov for minst ett årsverk for klinisk ernæringsfysiolog per 10 000 innbyggere i kommunehelsetjenesten (28;29). I dag ligger denne spisskompetansen hos spesialisthelsetjenesten. Sykehusene har derimot ikke kapasitet til bistå kommunene med veiledning (34).

Mat og måltider blir vektlagt i Stortingsmelding nr 25, Mestring, mulighet og mening. Det vil kreve en ekstra innsats fra kommunene for å tilrettelegge for en bedre ernærings situasjon for brukerne av omsorgstjenesten. Kommunen plikter å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift (36). Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven er kommunen pliktig for å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester (ibid). Dette ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper. Helse- og omsorgstjenestene skal ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Videre skal det iverksettes nødvendige tiltak for å imøtekomme kommunens folkehelseutfordringer, herunder tiltak knyttet til ernæring (37). De tjenestene som tilbys skal være forsvarlige og tilrettelagt (36) slik at:

- *”Den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud”.*

- *”Tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenesten”.*

Stortingsmelding nr 25, Mestring, muligheter og mening, viser til ”Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011” der konkrete tiltak skal bidra til å forebygge sykdom og fremme helse. Det henvises til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, utgitt av Helsedirektoratet i 2009, som inneholder viktige verktøy for bedring av kvaliteten i arbeidet med målrettet ernæringsbehandling. Helsetjenesten har behov for systemer som fanger opp personer som står i fare for å utvikle feil- og underernæring. Ved implementering av Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, vil en målrettet identifisering og riktig ernæringsbehandling av risikopasienter kunne gi både helsemessige og samfunnsøkonomiske gevinster. Pasienten kan behandles på et lavere og billigere tjenestenivå (20).

Tjenestetilbudet til eldre skal sikres via Forskrift om en verdig eldreomsorg (38). Denne ble fastsatt november 2010 og gir en beskrivelse av eldreomsorgens verdigrunnlag:

” De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov.”

Under § 3 spesifiseres kosthold:

”Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt”.

Videre under punkt b presiseres behov for tilrettelegging for å sikre:

- ”Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider”.

Samhandlingsreformen legger opp til at brukernes sammensatte og komplekse behov skal kunne dekkes i kommunehelsetjenesten. Det blir derfor viktig å ha tilgang på autorisert kompetanse innen klinisk ernæring. Klinisk ernæringsfysiolog er helsepersonell som er autorisert for å gi kostholdsveiledning og medisinsk ernæringsbehandling (29). Som mange har påpekt er det manglende ernæringskompetanse i primærhelsetjenesten. Det er betenkelig at klinisk ernæringsfysiolog som yrkesgruppe er nesten helt fraværende til tross for at ernæring er et satsingsområde.

1.4.1 Samhandlingsreformen

Stortinget vedtok i april 2010 en samhandlingsreform for helsetjenesten (7). I denne Stortingsmeldingen (nr 47) står helse- og omsorgsutfordringer i fokus. Formålet med Samhandlingsreformen er å møte både pasientrelaterte og samfunnsøkonomiske utfordringer. Man har sett en kraftig økning i livsstilssykdommer, antall eldre og pasienter med sammensatte lidelser samt økt kostnadsvekst i helsetjenesten. Denne økningen er høyest i spesialisthelsetjenesten. Gjennom å satse mer på forebygging i kommunene, er målet å dempe denne kostnadsveksten i sykehusene. Det stilles dermed krav til tettere samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten for bedre å løse hovedutfordringene i helse- og omsorgstjenestene. Stortingsmeldingen påpeker tre hovedutfordringer:

- Utfordring 1: Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester
- Utfordring 2: Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Kjernen i samhandlingsreformen er å søke å svare på alle de tre påpekte utfordringene.

Samhandlingsreform gir ny fremtidig kommunerolle:

En økning i bruk av spesialisthelsetjenesten, med omlegging av driften til kortere liggetid og overgang til mer dagbehandling og poliklinikk, har medført at flere oppgaver må bli løst i kommunehelsetjenesten. I praksis vil slike endringer føre til nye og utfordrende oppgaver, deriblant et tidlig ansvar for medisinsk ferdigbehandlede pasienter. I tillegg kommer ansvaret for de kroniske syke og de eldste eldre med sammensatte lidelser. Kommunene får dermed en ny framtidig rolle (7). Her vil oppgavene kunne spenne fra økt innsats innen forebyggende og helsefremmende arbeid til oppbygging av døgnplasser for slik å behandle enkle medisinske tilstander. På denne måten kan man unngå sykehusinnleggelse.

Forebygging, kompetanseheving og samhandling; tre viktige elementer i

Samhandlingsreformen:

Forebygging er et viktig element i denne Samhandlingsreformen. Mange pasienter får behandling i spesialisthelsetjenesten først når sykdom er et faktum. Det vil kreve et opplegg for bedre identifisering og oppfølging av personer med høy risiko for sykdomsutvikling. Primærhelsetjenesten må styrkes ved økt innsats for å begrense og forebygge sykdom, og fokuset skal ligge på behandling *før* sykehusinnleggelse. For folk flest vil dette bety at tilgangen på lokal helsehjelp bedres, tilbudet i kommunene blir bredere og oppfølging av personer med kroniske sykdommer blir bedre. I tillegg forventes bedret koordinering av behandling og oppfølging (7). Folk vil også kunne merke fokus på helsefremmende arbeid i nærmiljø. Slik sett er ikke Samhandlingsreformen bare organisering av helsetjenesten, men også en endring i tankesett; fra behandling til forebygging. Forebygging og igangsetting av tiltak med dokumentert effekt vil kreve et opplegg for bedre identifisering og oppfølging av personer med høy risiko for utvikling av sykdommer (7).

For å kunne forebygge kreves kunnskaper, og Stortingsmelding nr 47 trekker frem områdene ernæring, fysisk aktivitet og samfunnsmedisin. Spesifikt påpekes behovet for *kompetanseoppbygging* innenfor ernæring i primærhelsetjenesten, da særlig i forhold til underernæring blant eldre. Stortingsmelding nr 47 viser til at effekten av forebyggende tiltak er godt dokumentert. Utfordringen har imidlertid vært å omsette denne kunnskapen i praksis (7).

Stortingsmeldingen viser til store *samhandlingsutfordringer*, der ressurser brukes på et for høyt nivå i stedet for å kunne gi tilbud på en mer kostnadseffektiv måte kommunalt. En stor andel av de eldre har ofte flere lidelser samtidig og bruker mange medisiner for dette. Interaksjon mellom sykdommer og medisinsk behandling kan gi behov for koordinerte tjenester både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten (7). Dermed blir god samhandling en viktig forutsetning for god tjeneste. Det vil innebære at pasienten flyttes til et lavere tjenestenivå og at primærhelsetjenesten må fokusere mer på forebyggende arbeid.

1.4.2 Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring

Faglige retningslinjer skal gi uttrykk for hva som er god praksis i forhold til helsehjelp. Med helsehjelp menes handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell (39). De skal bidra til at ny kunnskap omsettes til praksis slik at pasientene mottar oppdatert og standardisert behandling av høy kvalitet. Retningslinjene er ikke rettslig bindende, men fungerer som faglig normerende og styrende for valg som fremmer god kvalitet og likhet i tjenesten (20).

”Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring” ble utgitt av Helsedirektoratet juni 2009 med det formål å bidra til å sikre god kvalitet til forebygging og behandling av underernæring (20). Målsettingen med retningslinjene er at underernærte og personer i ernæringsmessig risiko blir identifisert og får en målrettet ernæringsbehandling (ibid). De omfatter informasjon om årsaker, forekomst og konsekvenser av underernæring samt effekten av ernæringsbehandling. Målgruppen er helsepersonell som jobber med voksne og eldre i hele spesialist- og primærhelsetjenesten samt ledelsen ved disse virksomhetene (ibid).

Retningslinjene fremhever tre målrettede tiltak som skal bidra til en mer enhetlig praksis for ernæringsbehandlingen (20). Disse er:

- Vurdering av ernæringsmessig risiko
- Målrettet ernæringsbehandling
- Dokumentering av ernæringsbehandling i journal og epikrise

Vurdering av ernæringsstatus er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud:

- ”Alle pasientene skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse i sykehus og deretter ukentlig.
- ”Beboere i sykehjem/hjemmetjenesten skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter månedlig” (20).

Dersom pasienten er i risiko blir neste skritt utredning med tanke på en individuell ernæringsplan med tiltak og oppfølging (20). Dokumentasjon er viktig blant annet for at igangsatt ernæringsbehandling skal kunne videreformidles til neste omsorgsnivå samt enhetlig ernæringsbehandling på avdelingene.

For å gjennomføre Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring kreves kompetanseheving blant helsepersonell slik at pasientenes ernæringsstatus blir registrert og riktige tiltak blir iverksatt på en strukturell og hensiktsmessig måte (20). Kunnskaper om ernæring og om hvordan spesielle ernæringsmessige behov kan imøtekommes, blir derfor viktig.

1.4.3 Helsetilsynet

Statens helsetilsyn er en nasjonal statsinstitusjon med overordnet tilsynsmyndighet for barnevern-, sosial- og helsetjenester i Norge og er underlagt Helse- og Omsorgsdepartementet (40). Det er de politisk vedtatte lovene og forskriftene som setter rammen for hva man skal føre tilsyn med. Tilsynsmyndighetene (Statens helsetilsyn og fylkesmennene) prioriterer i stor utstrekning selv hvilke tjenester og hvilke temaer tilsynet skal omfatte. Informasjon om risiko og sårbarhet danner grunnlaget for denne prioriteringen. Tilsynsmyndighetene skal medvirke

til at befolkningens behov for blant annet barnevern og helse- og sosiale tjenester ivaretas, at tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte, at svikt i tjenesteytingen forebygges og at ressursene brukes på en forsvarlig og effektiv måte (ibid).

Statens helsetilsyn startet i 2010 med en fireårig satsing på tilsyn med tjenester til eldre. Det er vanlig at eldre får helseproblemer og dermed får et økt behov for medisinsk behandling, pleie og omsorg. Slik sett kan man se disse som en sårbar gruppe (41). For at hjelpetrengende eldre skal få en meningsfull og verdig livssituasjon er det avgjørende med trygge helse- og sosiale tjenester som kan gi faglig forsvarlig tjeneste over lang tid (41). Resultater fra tidligere tilsyn tilsier at dette er et utfordrende område. Mange kommuner vil slite med å møte disse nye utfordringene med tilstrekkelig robust organisering og styring, med tilstrekkelig kompetent personell og med tilstrekkelig tilrettelegging for helhet og sammenheng i tjenestetilbudet.

Helsetilsynet har hatt fem satsingsområder de to første årene, herunder forebygging og behandling av underernæring.

En systemrevisjon har som formål å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen. Revisjonen gjennomføres ved granskning av blant annet dokumenter, journaler og via intervjuer (40). Alle fire sykehjemsavdelingene har hatt kvalitetsrevisjon i 2010, der avvik ble funnet i forhold til punktet om forebygging og behandling av underernæring. Herunder kommer manglende dokumentasjon knyttet til funn, vurdering og oppfølging av pasienter i ernæringsmessig risiko.

1.5 Sykehjemsetaten (SYE)

Sykehjemsetaten er organisert under Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester i Oslo. Den har ansvar for å gi personer med behov for heldøgns pleie, rehabilitering og omsorg et best mulig tilbud innenfor de vedtatte politiske, økonomiske og administrative rammer. Etaten er landets største drifter av sykehjem og har nå ansvar for 30 kommunale sykehjem. I tillegg har SYE avtaler med 26 private sykehjem i Oslo og omegn (42).

Sykehjemmene i Oslo kan tilby blant annet heldøgn-, rehabiliterings- og korttids/vurderingsplasser. Rehabiliterings- og vurderingsplasser gjelder for en begrenset tidsperiode. Disse kan være et opphold mellom behandling i spesialisthelsetjenesten og

utskrivelse til hjemmet. Her skal pasientene få et tilbud der målsetningen er å gjøre pasienten bedre rustet til å mestre hverdagen hjemme. Man har tidligere sett at pasienter på rehabiliterings- og korttids/vurderingsplasser står for flest reinnleggelser i sykehus, og ofte er disse reinnleggelsene knyttet til ernæringsrelaterte problemstillinger. Pasientgruppene på tidsbegrenset opphold, på grunn av sykdom eller kirurgiske inngrep, er i høy risiko for utvikling av underernæring og følgetilstander av dette. God kunnskap om forebygging og behandling av underernæring blir derfor spesielt viktig for avdelinger som behandler denne gruppen eldre.

Sykehjemsetaten besluttet i 2010 å innføre Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring i alle sykehjemmene i Oslo. Dette innebærer blant annet at alle pasienter skal kartlegges med tanke på ernæringsmessig risiko. Dette gjøres systematisk med ernæringscreening. SYE valgte MNA (Mini Nutritional Assessment) som ernæringscreeningsverktøy (20). Screeningsverktøyet er spesielt egnet til ernæringscreening av personer over 65 år. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring påpeker at pasienter som blir funnet å være i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan. En individuell ernæringsplan skal inkludere dokumentasjon om ernæringsstatus, -behov, -inntak og -tiltak (20). Det er avgjørende med en enhetlig praksis i sykehjemmene for at dette skal være gjennomførbart. Målrettede prosedyrer samt praktiske arbeidsverktøy skal være en hjelp til å få til dette.

1.5.1 Pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem”

Pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem” er et samhandlingsprosjekt mellom Lovisenberg Diakonale Sykehus, Sykehjemsetaten og fire utvalgte sykehjem. Følgende sykehjem, representert med en korttidsavdeling, deltok i pilotprosjektet: Vålerenga bo- og servicesenter, St. Hanshaugen omsorgssenter, Grünerløkka sykehjem og Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter (to drevet privat og to kommunalt). Varighet for pilotprosjektet var tre måneder, fra 1.september til 1.desember 2011.

Pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem” springer ut fra et større samhandlingsprosjekt mellom LDS, SYE og de fire bydelene LDS er lokalsykehus for (St.Hanshaugen, Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene bydel). Man ønsket et samhandlingsprosjekt hvor kompetanseoverføring fra spesialist- til primærhelsetjenesten stod sentralt. Målet var å øke kompetansen i primærhelsetjenesten for blant annet å få reduksjon i antall reinnleggelser i

sykehus. I forarbeidet til samhandlingsprosjektet så man det var fire diagnosegrupper som stod for flest reinnleggelser fra hjemmetjenesten eller sykehjem til sykehus: KOLS, hjertesvikt, diabetes og funksjonssvikt. Samhandlingsprosjektet skulle bidra med undervisning og veiledning ovenfor hjemmesykepleien og sykehjem, innen de fire diagnosene. Det ble opprettet arbeidsgrupper for hjemmesykepleien og for sykehjemmene. Sykehjemsgruppen kom selv med ønske om et økt ernæringsfokus i samhandlingsprosjektet. Sykehjemmene anslo at 60 – 80 % av deres pasienter hadde ernæringsrelaterte problemer. Kompetanseheving av pleiepersonell innen ernæring, i sykehjemmene, ble derfor sentralt for sykehjemsgruppen. Klinisk ernæringsfysiolog ved LDS ble koblet inn i samhandlingsprosjektet for å ivareta dette.

Det ble i planleggingsarbeidet besluttet å ”løfte ut” sykehjemsgruppen til et eget prosjekt. Gruppene skulle prioritere ernæring i sykehjem. Pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem” ble startet. Klinisk ernæringsfysiolog fra LDS, seniorkonsulent i SYE og en representant fra hvert sykehjem utgjorde den nye arbeidsgruppen. Styringsgruppen for pilotprosjektet besto av en representant fra hvert sykehjem, en sykehjemslege, en avdelingsleder ved et av storkjøkkenene i Oslo samt representanter fra LDS i koordinerende stillinger. Målsetningen var å utvikle ernæringsverktøy for systematisering av ernæringsarbeidet i forhold til forebygging og behandling av underernæring på de utvalgte sykehjemmene i Lovisenberg sykehussektor. Eventuelt kunne disse ernæringsverktøyene senere implementeres i alle sykehjem i Oslo.

Målsetningen for pilotprosjektet

Målsetningen for pilotprosjektet var å:

- Utvikle en **enhetlig praksis** for ernæringsbehandling i forhold til forebygging og behandling av underernæring. Forslag til nye ernæringsfaglige prosedyrer samt lik tilgang til ernæringsverktøyene, skulle muliggjøre at pleiepersonalet skulle kunne gjennomføre ernæringstiltak uavhengig av hvem som var på jobb.
- **Kompetanseheving** blant pleiepersonalet i forhold til forebygging og behandling av underernæring.

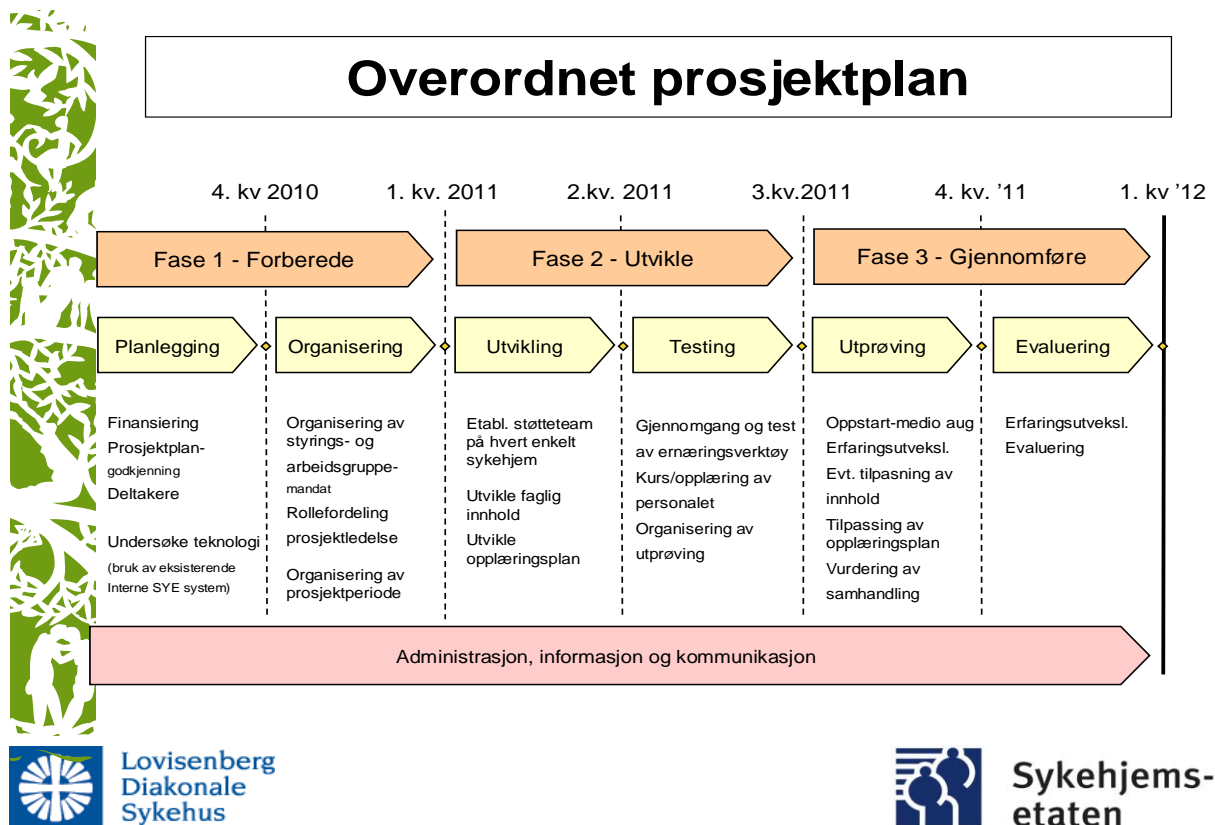
- **Forbedring av dokumentasjonen** av ernærings tiltak i gjeldende dokumentasjonssystem, Gericca.
- **Kvalitetssikre videreføring av dokumenterte ernærings tiltak** ved overføring av pasienter til andre instanser. Tiltak skal videreformidles ved utskrivning via epikrise.

Det var ønskelig at forslag til prosedyrer og praktiske ernæringsverktøy utviklet i prosjektet, på sikt, kunne innlemmes i Sykehjemsetatens eget kvalitetssystem. Evaluering av pilotprosjektet ble viktig, slik at effekten av tilgjengelige ernæringsverktøy, kompetanseheving via undervisning og veiledning kunne evalueres opp mot prosjektets målsetning.

Implementering av ernærings screening lå ikke i pilotprosjektets målsetning.

Pilotprosjektet fulgte følgende prosjektplan:

Figur 1: Overordnet prosjektplan for pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem”.



Figur 1 viser oversikt over prosjektplan for pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem”, gjennomført på fire korttidsavdelinger i Oslo, fra 1.september til 1.desember 2011.

Ernæringsverktøy

Ernæringsverktøy skulle testes ut kun på en av avdelingene på hvert sykehjem. Det ble derfor valgt å ikke legge testmaterialet ut på sykehjemmenes fellessystemer. Hver avdeling fikk en bærbar prosjekt - PC og en tilhørende skriver, plassert på et praktisk trillebord (bildet nedenfor).

PC'en var kun beregnet til bruk i pilotprosjektet. Den inneholdt ernæringsverktøy, prosedyrer samt fire undervisningspresentasjoner. Innholdet skulle kunne anses som en praktisk ernæringsverktøykasse. All informasjonen var fordelt i seks ulike tematiske "skuffer". Bildet av verktøykassen var det første som viste seg når skjermen ble skrudd på. Et trykk på temaskuffen ledet til en innholdsfortegnelse. Her kunne man velge videre til ønsket tema, råd eller presentasjon. Eksempler: Tips til beriking av mat, Tiltak ved lettere svelgevansker, Tiltak ved nedsatt appetitt – forslag til enkle mellommåltider, Forslag til standardiserte måltidsforslag eller prosedyre for Praktisk bruk av næringsdrikker.

Bildet: Prosjekt PC og skuffene i "verktøykassen"



Bildet til venstre viser den bærbare PC'en brukt i pilotprosjektet "Ernæring i sykehjem". Til høyre vises de tematiske "skuffene" med ulik ernæringsinformasjon til bruk under forebygging og behandling av underernæring av eldre på sykehjem.

Ernæringsverktøyene skulle være til hjelp for pleiepersonalet i den praktiske hverdagen. Informasjonen skulle være rask å forstå, med praktiske råd og tips, samt bruk av minst mulig tekst og mer bruk av bilder. PC'en skulle ansees som et "opplagsverk".

Innholdet i verktøykassen ble laget av arbeidsgruppen, og samkjørt med siste bearbeidelse av klinisk ernæringsfysiolog. Personalet på pilotavdelingene kom med innspill til ønsker om innhold, behov for praktiske råd og tema for undervisning av pasienter.

Prosedyrer

Prosedyrer for utføring av målrettet ernæringsarbeid overfor pasienter i ernæringsmessig risiko, skal gjøre det enklere å få en enhetlig praksis.

Sykehjemsetaten bruker kvalitetssystemet ”Kvalitetslosen”. Den inneholder per i dag en generell prosedyre for individuell tilpasset ernæring til pasientene. Det var ønskelig med flere spesifikke ernæringsrelaterte prosedyrer. I samråd med styringsgruppen ble det laget forslag til fire nye praktiske prosedyrer.

Følgende prosedyrer ble utprøvd:

- Underernæring – forslag til tiltak og behandling
- Næringsbehov – beregning av energi-, protein-, og væskebehov
- Mellommåltider – servering av mellommåltid
- Næringsdrikker – praktisk bruk av næringsdrikker

Undervisning

Undervisning ble en viktig del av kompetansehevende tiltak. Med undervisning ønsket man å øke personalets kunnskap i forhold til underernæring, samt om hvordan underernæring kan forebygges og behandles i sykehjem. Fire undervisningstema ble gjennomgått på hver pilotavdeling. Hvert tema ble undervist en gang (ca 45-60 minutter) på hver avdeling. Klinisk ernæringsfysiolog var ansvarlig for undervisningen. Temaene var knyttet opp mot forslagene til nye prosedyrer.

Følgende undervisninger ble holdt:

- ”Ernæring i sykehjem” – Hva gjør vi og hvorfor gjør vi det?
- Underernæring – Beregning av behov og innføring av spise- og drikkelister

- Mellommåltidet – Hva gjør vi i praksis?
- Næringsdrikker – Praktisk bruk

Undervisning ble holdt med ca to ukers mellomrom. Avdelingene fikk selv velge tidspunkt for undervisningen, da flest ansatte var tilstede. Personalet hadde selv ansvar for å viderefordre undervisning og tiltak til resten av personalet.

Veiledning

Veiledning av personalet, fra klinisk ernæringsfysiolog, skulle gi en praktisk forståelse av og tilnærming til tiltak rettet mot forebygging og behandling av underernæring.

Klinisk ernæringsfysiolog var tilgjengelig en dag i uken på hver av pilotavdelingene.

Veiledningen kunne enten gjøres rettet mot tiltak ovenfor enkeltpasienter som var funnet å være underernærte, eller i ernæringsmessig risiko, eller til generelle rutineendringer i avdelingen. Personalet ble veiledet i bruk av den bærbare PC'en, tiltak foreslått i prosedyrene samt i praktisk bruk av ernæringsverktøyene. Her kunne klinisk ernæringsfysiolog veilede pleiepersonalet ved å stille spørsmål om hvordan de hadde tenkt å gjennomføre vurderingen, høre deres meninger og bekrefte deres valg.

2 Problemstilling

Masteroppgaven går ut på å evaluere tiltakene implementert via pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem”.

Følgende problemstilling er valgt:

Fører økt fokus på underernæring gjennom undervisning, veiledning og systematiserte tiltak til:

- **Økt kunnskap hos pleiepersonalet**, målt ved hjelp av kunnskapsbasert spørreskjema før og etter implementeringsperioden.
- **Økte ferdigheter blant pleiepersonalet**, målt via kartlegging av dokumentert igangsetting,- gjennomføring og evaluering av ernæringstiltak (for eksempel bruk av mellommåltider, berikinger, næringsdrikker), i pasientjournaler.
- **Økt ernæringsfokus og holdningsendring hos pleiepersonalet (som et mål for forståelse og holdninger)**, vurdert med fokusgruppeintervjuer som fulgte en semistrukturert intervjuguide med fem hovedspørsmål.

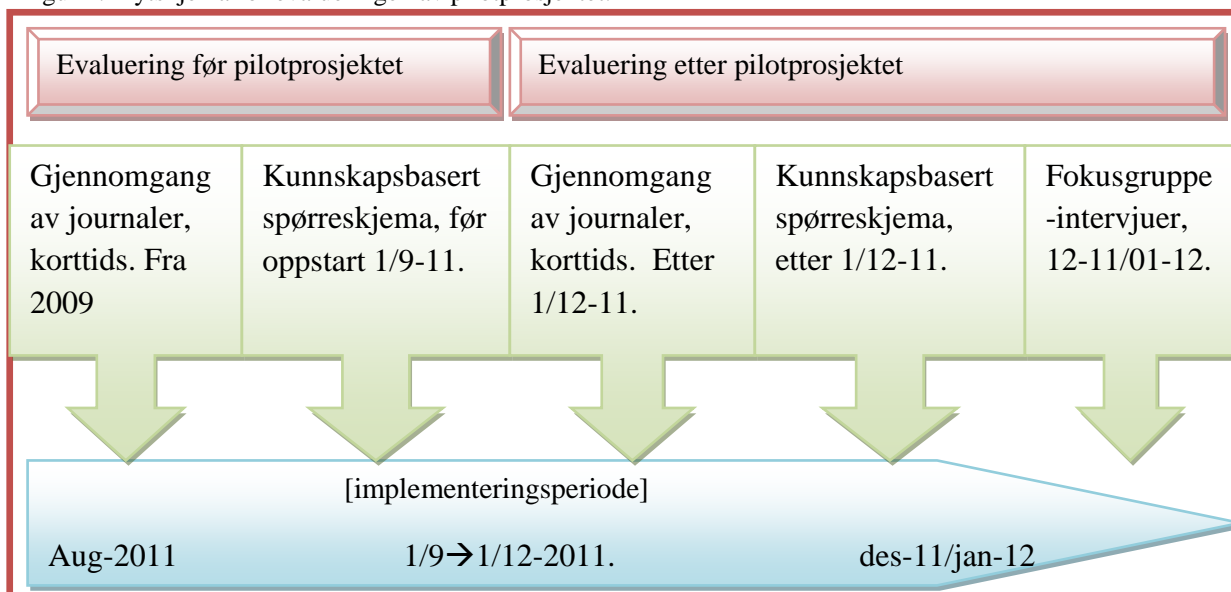
3 Metode

Oppgaven har et deskriptivt design med både kvalitativ og kvantitativ tilnærming.

Datainnsamlingen er basert på kunnskapsbasert spørreskjema, kartlegging av dokumentasjon i journaler og fokusgruppeintervjuer. Avdelingene ble informert om metodene i evalueringen, men ikke tidspunktene for gjennomførelsen.

Følgende flytskjema ble gjennomført under evalueringen av pilotprosjektet:

Figur 2: Flytskjema for evalueringen av pilotprosjektet.



Figur 2 viser flytskjema over gjennomføring av evalueringen av pilotprosjektet "Ernæring i sykehjem".

3.1 Kunnskapsbasert spørreskjema

Kunnskapsbasert spørreskjema ble utviklet av mastergradsstudent og veileder, og fulgte fritt en modell brukt i tidligere studie på evaluering av intervensjoner blant pleiepersonell (43). Det ble formet som multiple choice skjema (MCQ). Spørsmålene ble lagt opp til å reflektere teoretisk kunnskap i praktisk sammenheng og materialet var hentet ut fra undervisningsopplegget. Det ble totalt ti spørsmål med fire svaralternativ hvorav kun ett korrekt svar (vedlegg 1). For å unngå gjetting var siste alternativ "vet ikke". Første runde med spørreskjema ble gjennomført før introduksjonsundervisningen for å kartlegge ernæringskunnskap hos pleiepersonalet før pilotprosjektet startet. For å få gjennomført spørreskjema hos flest mulig ansatte ble avdelingene oppsøkt morgenen etter for å nå de som ikke var tilstede oppstartsdagen. Dette besøket var uanmeldt. Mastergradsstudent og veileder

var tilstede under gjennomføringen, tilgjengelig for spørsmål. Korrekt svar ble ikke opplyst. Samme spørreskjema ble gjennomført en uke etter at pilotprosjektet var avsluttet 1. desember 2011.

3.2 Journalgjennomgang

Kartleggingsskjema over dokumentasjon i journaler ble utviklet av mastergradsstudent og veileder, og gjenspeiler blant annet faktorer som kan påvirke ernæringsstatus (16;20;24;24) (vedlegg nr 2). Pilotprosjektet vektla observasjon av mat- og væskeinntak og spesifisering av dokumentasjonen. Det ble derfor kartlagt formuleringer benyttet vedrørende mat- og væskeinntak samt bruk av tiltaksplan i dokumentasjonssystemet. Skjemaet ble utprøvd av mastergradsstudent og veileder før bruk, og justert etter gjennomgang av noen journaler. Ved journalgjennomgang ble det registrert hver gang det var dokumentert noe som angikk ernæringsstatus, mat- og væskeinntak og ernæringstiltak.

Kartleggingsskjemaet er inndelt i åtte punkter. Innledningsvis registreres liggedøgn, pasientalder og hoveddiagnose. Første punkt går ut på å finne ADL (Activities of Daily Living) registrering vedrørende matlaging og spising. Under punkt to kartlegges ulike faktorer som kan påvirke ernæringsstatus (16;20;44;45). For eksempel ble det registrert om det var angitt tannstatus eller ikke, om det var skrevet noe vedrørende munntørrehet, svelgeproblemer, kvalme eller smerte.

Punkt tre gjelder bruk av tran og multivitamin. Punkt fire gjelder pasientenes vedtak. Et vedtak er et formelt svar på søknad om tjenester (for eksempel korttidsplass/avlastningsplass på sykehjem) om hvilke(t) tilbud pasienten får innvilget. Vedtaket fattes ut fra gjeldende lover og forskrifter. Det ble registrert i kartleggingsskjemaet dersom pasienten hadde fått innvilget korttidsopphold med det henseende å bedre ernæringsstatus. Et slik vedtak på ernæring ble kartlagt for å kunne si noe om hvorvidt disse opplysningene ble videreført under korttidsoppholdet, da med tanke på vektregistrering, beregning av inntak, behovsberegning og igangsetting av ernæringstiltak.

Bruk av tiltaksplan for ernæring ble kartlagt under punkt fem. Det er her det forventes å finne dokumentasjon vedrørende ernæring. Under punkt seks kartlegges dokumentasjon av matvaner, beregning av energibehov og ulike formuleringer vedrørende matinntak.

Væskeregistreringer for hele døgn og formuleringer vedrørende væskeinntak ble kartlagt under punkt syv. Tilslutt i punkt åtte kartlegges bruk av ulike ernæringstiltak.

Følgende formuleringer trengte en definisjon: ”spist/drukket litt” vurderes som at mat/væskeinntaket er større enn forventet (positivt), ”spist/drukket lite” vurderes som om mat/væskeinntaket er mindre enn forventet (negativt).

3.2.1 Geric

Geric er et omfattende elektronisk pasientjournalssystem til bruk i kommunal pleie- og omsorg. Alle faggrupper kan bruke dette systemet og det gir ansatte tilgang til nødvendig og relevant informasjon om den enkelte pasient på en rask og sikker måte. Henviser til vedlegg nr 3 for praktisk fremgangsmåte i Geric (46). For å få tilgang til dette dokumentasjonssystemet, ble kartleggingen utført hos Sykehjemsetaten og på ett av sykehjemmene.

3.2.2 Journalutvalg

Journalene var fra de fire aktuelle avdelingene på pilotsykehjemmene. Kriteriet var at de skulle ha dokumentasjon fra et korttidsopphold på en av avdelingene under pilotprosjektet. Utvalget ble gjort av en systemkoordinator fra Sykehjemsetaten som satte opp tjenestelister med journalnummer. Journalene ble plukket ut fortløpende slik at de med korttidsopphold med start fra 1. september 2009 ble med på listen. Utvalget stoppet etter 100 journaler. Dersom journalene viste til flere korttidsopphold, ble bare ett opphold valgt. Derfor er det ingen journaler som går igjen to ganger på listen. Journaler over pasienter som døde under oppholdet ble ekskludert. Dette ble antatt å være terminalpleie, der ernæringsbehandling sjeldent er relevant.

Første periode ble satt til september/oktober i 2009, da avdelingene etter den tid har hatt ulike typer undervisning knyttet til ernæring og vil bli referert til som ”før” i tabellene. Hundre journaler, ett korttidsopphold per journal, ble gjennomgått og kartlagt. Til sammenligning ble dette gjentatt etter at pilotprosjektet var avsluttet, 1. desember 2011. Disse vil bli referert til som ”etter” i tabellene. Resultatene fra kartleggingen er slått sammen og vil bli presentert i tabeller med kommentarer.

3.3 Fokusgruppeintervju

En fokusgruppe er en form for strukturert gruppeintervju. Målet med å bruke en gruppe er å få frem mer informasjon enn ved å intervjuer deltakerne enkeltvis. Her ønsket man å få frem personalets meninger og erfaringer vedrørende prosjektet. Både generelle meninger om prosjektet og mer spesifikt om hvorvidt undervisning, veiledning og ernæringsverktøy hadde ført til økt fokus på ernæring.

Totalt ble fire fokusgrupper, med tre til fire ansatte i hver gruppe, gjennomført etter prosjektets slutt. To fokusgruppeintervjuer ble gjennomført i midten av desember 2011 og to i midten av januar 2012. Prosjektet omfattet alle yrkesgrupper likt og det ble derfor ikke stilt krav til yrkesgruppe eller yrkesaktive år. Kriteriet for deltakelse i fokusgruppe var at de hadde arbeidet på avdelingen mens pilotprosjektet pågikk. Totalt deltok seks sykepleiere, syv hjelpepleiere, to omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere. Utvalget var tilfeldig og avdelingsleder på avdelingene var ansvarlig for utvelgelsen.

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på skjermede rom på sykehjemmene og hadde en varighet fra førtifem til åtti minutter. Det ble på forhånd sendt ut skriftlig invitasjon til fokusgruppeintervju der blant annet frivillighet og ivaretagelse av anonymitet ble beskrevet i tillegg til en samtykkeerklæring (vedlegg 4). Skriftlig samtykke ble innhentet samme dag som fokusgruppene ble gjennomført.

Det ble tatt notater underveis av en observatør i tillegg til opptak på digital recorder. Samme observatør ble benyttet under alle gruppeintervjuene. Oppklarende spørsmål ble stilt underveis eller tilslutt av både intervjuer og observatør. Hvert fokusgruppeintervju fulgte en semistrukturert intervjuguide som var utviklet for å dekke pilotprosjektets hensikt (vedlegg nr 5). Hvis deltakerne hadde vært innom temaet tidligere, ble temaet likevel tatt opp for å få frem ytterligere mer informasjon. Hovedtemaene i intervjuguiden var PC med ernæringsinformasjon, undervisning, veiledning, dokumentasjon og prosjektet generelt.

Opptakene ble overført til PC i anonym form og analysert ved hjelp av Open Code 3.6 (47). Dette dataprogrammet brukes ved analyse av kvalitativ forskning og er et verktøy som skal bidra til å sette analyseprosessen i et system. Programmets funksjoner går ut på å finne ord i teksten, setter koder og kategorier i system, være en søkemotor for koder og kategorier samt printing av resultatene fra disse funksjonene (47). Selve analyseprosessen utvikler seg fra å se

et helhetsbilde gjennom rådataene av det transkriberte materialet. Teksten gjennomgås linje for linje og man gir utsagnene under – koder, alt etter hva som kommer frem under intervjuene. Det ble i alt utarbeidet 35 under-koder. Flere av disse under-kodene sa noe om samme tema og kunne dermed kategoriseres under samme temakoder. Det ble tilslutt åtte temakoder. Oppgaven presenterer resultatene med kommentarer og sitater i kursiv. Sitatene er noe redigert for å øke lesbarheten og ivaretaelse av anonymitet.

3.4 Etiske betraktninger

Pilotprosjektet var godkjent av Sykehjemsetaten som et kvalitetssikringsprosjekt og hadde til hensikt å kvalitetssikre tjenesten som ytes til pasientene. Det var derfor ikke nødvendig med godkjenning fra Regional etisk komité (48). Journalansvarlig på hvert sykehjem har godkjent kartlegging av journaldokumentasjon etter forespørsel fra Sykehjemsetaten (vedlegg nr 6 og 7). Det ble sendt ut invitasjon til fokusgruppeintervju med informasjon om skriftlig samtykke. Her ble det gitt informasjon om deltakernes rettigheter, deriblant rett til å trekke seg uten begrunnelse og sikring av anonymitet. Signert samtykkeerklæring ble innhentet og deltakerne beholdt en kopi. Digital opptaker ble benyttet under fokusgruppeintervjuene og oppgaven ble derfor innmeldt og godkjent av Personvernombudet og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (vedlegg 8 og 9). Samtlige opptak vil bli slettet i etterkant av evalueringen av masteroppgaven.

3.5 Statistisk analyse

SPSS versjon 19 ble brukt til behandling av data. Data ble vurdert i forhold til normalfordeling med Kolmogorov-Smirnov og Shapiro-Wilk tests of normality, histogrammer og QQ-plots. Ikke – parametriske metode og Mann-Whitney test ble brukt på data som ikke var normalfordelte. For kategoriske data ble det benyttet Kjikvadrattest og Fischers exact test. Etter anbefaling fra statistiker ble independent samples Test brukt til analyse av kunnskapsbasert spørreskjema da gruppene ble vurdert som uavhengige. Statistisk signifikans ble bestemt ved en P-verdi < 0.05 . Resultatene er kommentert og presentert i tabeller og figurer.

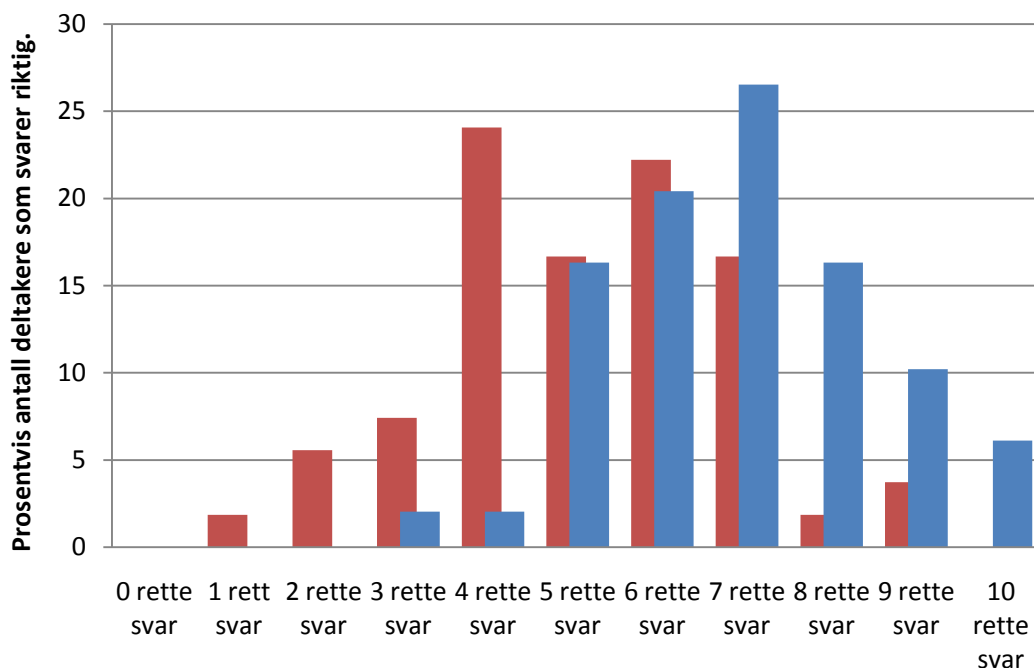
4 Resultater

Her vises resultater fra kunnskapsbasert spørreskjema, kartlegging av journaldokumentasjon og fokusgruppeintervjuene. Spørreskjema og kartlegging fra journaler ble utført både før og etter implementeringsperioden, mens fokusgruppeintervjuene bare ble gjennomført etter prosjektperioden. Resultatene fra de fire sykehjemsavdelingene er slått sammen.

4.1 Resultater fra kunnskapsbasert spørreskjema

Før prosjektstart ble første runde med kunnskapsbasert spørreskjema gjennomført med 54 deltakere mot 49 deltakere etter avsluttet prosjekt. Antall riktige svar i gjennomsnitt, fra første gjennomføring, ble 5.1 (1-9; min-max), mens spørreskjema etter prosjektet ga 6.9 (3-10; min-max) i gjennomsnitt. Dette tilsvarte en signifikant økning på 35 % ($p < 0.001$). Figur 3 viser at det var en generell økning i antall riktige svar etter implementeringsperioden.

Figur 3: Resultater fra kunnskapsbasert spørreskjema



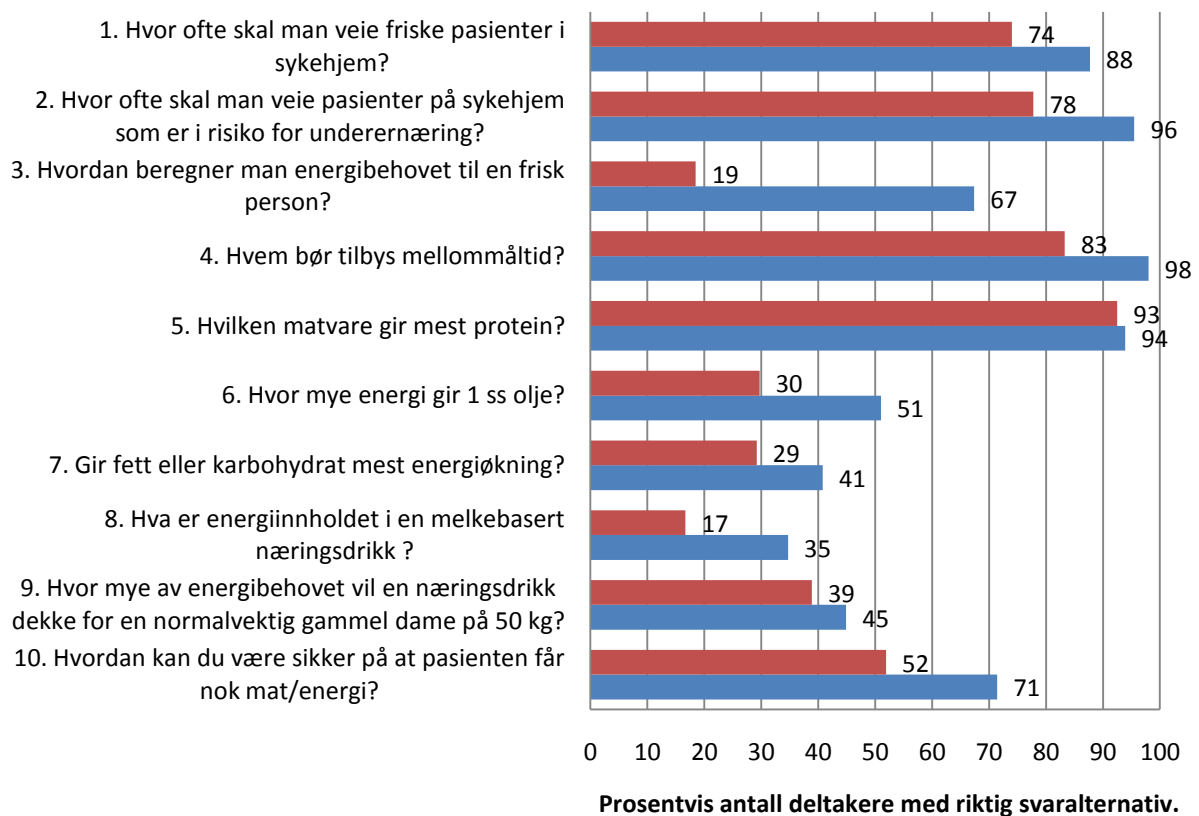
Figuren viser prosentvis antall deltakere som svarte riktig på kunnskapsbasert spørreskjema brukt under pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem”. Første runde $n = 54$ (rød graf), andre runde $n = 49$ (blå graf).

Det var en forbedring i antall riktige svar på samtlige spørsmål etter pilotprosjektet i forhold til før (figur 4). De fem første spørsmålene etterspurte enkel ernæringskunnskap. Samlet sett hadde disse spørsmålene flest korrekte svar, både før og etter prosjektet. Bare 19 % av

deltakerne svarte korrekt på spørsmål 3: ”Hvordan beregner man energibehov for en frisk person?”, før prosjektet, men dette økte markant etter prosjektet ($p < 0.001$). Også spørsmål 2: ”Hvor ofte skal man veie pasienter på sykehjem?”, og spørsmål 4: ”Hvem bør tilbys mellommåltid?”, hadde signifikant økning i antall korrekt besvart ($p = 0.007$, $p = 0.017$).

De fem siste spørsmålene krevde mer detaljert ernæringskunnskap. Her var det færre deltakere som svarte korrekt, både før og etter prosjektet. Spørsmål 6: ”Hvor mye energi gir 1 ss olje?”, spørsmål 8: ”Hva er energiinnholdet i en melkebasert næringsdrikk?”, og spørsmål 10: ”Hvordan kan du være sikker på at pasienten får nok mat/energi?”, hadde en signifikant økning ($p = 0.027$, 0.035 , 0.042). På spørsmål nr 9: ”Hvor mye av energibehovet vil en næringsdrikk dekke for en normalvektig gammel dame på 50 kg?”, var det bare 6 % flere deltakere som svarte riktig i andre runde. Dette var et mer praksisnært spørsmål.

Figur 4: Resultater per spørsmål fra kunnskapsbasert spørreskjema.



Figuren viser prosentvis antall deltakere med riktig svaralternativ, per spørsmål, på kunnskapsbasert spørreskjema brukt i pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem”. Første runde $n = 54$ (rød), andre runde $n = 49$ (blå). Tallene er avrundet til nærmeste hele tall.

4.2 Resultater fra dokumentasjon i journalene

Hundre journaler fra september/oktober 2009, ett korttidsopphold per journal, ble gjennomgått for å kartlegge hvordan pleiepersonalet formulerte og dokumenterte ernæringsrelatert informasjon. Etter implementeringsperioden ble dette gjentatt med hundre journaler fra korttidsopphold som startet etter 1. desember 2011.

4.2.1 Rutinemålinger

Alle beboere på sykehjem skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse, deretter månedlig eller etter annet faglig begrunnet opplegg (20). Herunder kommer dokumentering av *vekt og høyde*. Før prosjektet hadde 17 av 100 journaler dokumentert vekt (tabell 1). Dette økte signifikant til 52 av 100 journaler etter prosjektet ($p < 0.001$). Registrering av høyde var dokumentert i liten grad både før og etter prosjektet.

Antall journaler med dokumentert bruk av *tiltaksplan* for ernæring hadde en signifikant økning fra før til etter implementeringsperioden ($p < 0.001$). Antall journaler med beskrivelse av *underernæring* økte signifikant fra 2 av 100 journaler før prosjektet til 14 av 100 journaler etter ($p = 0.002$).

Eldre på sykehjem blir anbefalt å ta *tran* og *multivitamin* (49;50). Som tabell 1 viser har ikke bruk av tran endret seg stort fra 2009 til etter pilotprosjektet. Derimot har bruk av multivitamin hatt en signifikant økning fra 16 av 100 journaler før prosjektet til 35 av 100 journaler etter ($p = 0.002$).

Kartlegging av ernæringsstatus, ved bruk av MNA-skjema, var ikke en del av dette pilotprosjektet. Noen avdelinger hadde begynt å ta dette i bruk, men da i papirform.

Tabell 1: Rutinemålinger

Faktor	Antall journaler <i>før</i>	Antall journaler <i>etter</i>	P-verdi
Vedtak på ernæring	18	20	0.719
Tiltaksplan for ernæring	24	53	< 0.001
Underernæring beskrevet	2	14	0.002
MNA-skjema*	0	0	-
Registrert vekt	17	52	< 0.001
Registrert høyde	2	6	0.150
Bruk av tran	11	13	0.663
Bruk av multivitamin	16	35	0.002

Tabellen viser oversikt over antall journaler med vedtak, tiltaksplan i Gerica og registrering av MNA-skjema, registrert vekt- og høydemålinger samt bruk av tran og multivitamin. Antall journaler før (n = 100) og etter (n = 100) pilotprosjektperioden sammenlignes. Mann-Whitney Test er brukt, signifikante verdier er uthevet.

*Enkelte avdelinger har brukt MNA-skjema i papirform og var ikke å finne dokumentert i Gerica.

4.2.2 Vedtak på ernæring

Informasjonen i vedtakene kunne være upresis og ha en generell formulering, noe som gjorde det vanskelig å plukke ut de som hadde vedtak for å bedre ernæringsstatus under korttidsoppholdet. Ernæring kunne komme inn under mange ulike begreper brukt i vedtakene, men ikke alle var like klare på hvorvidt ernæring skulle prioriteres foran andre behov.

Antallet med vedtak på ernæring kan derfor være høyere enn vist her. Eksempel på generell og konkret formulering i vedtak:

- Generell: ”øke allmenntilstanden og funksjonsnivået”.
- Konkret: ”Mål: bedring av ernæringsstatus og hindre vektnedgang”.

Som tabell 1 viser var det før prosjektet 18 journaler av 100, som i følge vedtaket, fikk innvilget opphold med det formål å forbedre ernæringsstatus. Gjennomsnittlig opphold hadde en lengde på 14 dager. Etter implementeringsperioden var det 20 journaler av 100 som hadde vedtaket med samme formål. Gjennomsnittlig opphold hadde varighet på 15 dager. Tabell 2 angir hvorvidt disse journalene, før og etter prosjektet, hadde registrert vekt, matvaner, detaljert mat- og drikkeinntak og bruk av tiltaksplan.

Tabell 2: Kartlegging av ernæringsrelatert informasjon i Gerica, før og etter pilotprosjektet.

	Antall Journaler	
	<i>Før</i> (n = 100)	<i>Etter</i> (n = 100)
Antall journaler med vedtak på ernæring	18	20
- Antall av disse journalene med: registrert vekt	8	12
- registrering av matvaner	10	12
- detaljer mat- og drikkeinntak	5	11
- bruk av tiltaksplan	6	10

Tabellen viser sammenhengen mellom journaler som har vedtak på ernæring og andre ernæringsrelaterte tiltak, som registrering av vekt, matvaner, mat- og drikkeinntak samt bruk av tiltaksplan.

Det er ingen stor økning i dokumentasjonen av de ulike tiltakene. Seks av de 18 journalene fra før pilotprosjektet hadde skrevet noe om ernærings situasjonen i tiltaksplanen, under mappen for ernæring. Tiltaksplanene hadde vesentlig situasjonsbeskrivelser: ”spiser normal kost”, ”spiser og drikker bra” samt viste til få eller ingen tiltak eller evaluering av disse.

Ti av de 20 journalene, med vedtak på ernæring, etter pilotprosjektet hadde skrevet noe om ernærings situasjonen i tiltaksplanen, under mappen for ernæring. Her var det fortsatt varierende grad av nytteinformasjon. Kun en av disse 20 journalene hadde mat- og drikke registrering for et helt døgn. Pleiepersonalet hadde dokumentert mengden som pasienten hadde fått i seg i løpet av deres vakt; dagvakt og kveldsvakt hver for seg. Det faktiske døgninntaket stod ikke samlet. Mengdene var ikke omregnet til energiinntak. Ingen evaluering av inntaket var dokumentert. Det var heller ikke beregnet energi/proteinbehov.

4.2.3 Faktorer som kan påvirke ernæringsstatus

Tabell 3 gir en oversikt over faktorer som kan påvirke pasientenes ernæringsstatus. Her sammenlignes antall registreringer før og etter pilotprosjektet. Kartleggingen har delt opp dokumentasjonen i tre kategorier: bekreftet, avkreftet og ikke angitt. Statistisk analyse er beregnet ut fra angitt (bekreftet/avkreftet) og ikke angitt, før og etter pilotprosjektet.

Tabell 3: Faktorer som kan påvirke ernæringsstatus.

Faktor	Antall journaler		Antall journaler		Antall journaler		P-verdi
	Ja / bekreftet		Nei /avkreftet		Ikke angitt		
	<i>Før</i>	<i>Etter</i>	<i>Før</i>	<i>Etter</i>	<i>Før</i>	<i>Etter</i>	
Munntørrhet	1	3	1	2	98	95	0.445
Sår i munnen	0	1	0	1	100	98	0.497
Svelgeproblemer	6	5	1	0	93	95	0.552
Nedsatt appetitt	13	28	5	15	82	57	< 0.001
Kvalme	6	17	0	3	94	80	0.003
Diaré	5	9	0	0	95	91	0.268
Obstipasjon	23	25	0	0	77	75	0.741
Ødemer	15	22	12	22	73	56	0.012
Hjelp til mating	9	10	10	21	81	69	0.050
Smerter	41	54	7	10	52	36	0.023

Tabellen viser faktorer som kan påvirke ernæringsstatus og antall journaler der de enten er bekreftet, avkreftet eller ikke angitt. Her sammenlignes før (n = 100) og etter (n = 100) pilotprosjektet. Kjikvadrattest og Fisher's exact test er brukt. Statistisk analyse er beregnet ut fra angitt (bekreftet/avkreftet) og ikke angitt, før og etter pilotprosjektet. Signifikante verdier er uthevet.

Samlet sett var det flere journaler som enten bekreftet eller avkreftet faktorene i perioden etter pilotprosjektet sammenlignet med tidligere. Et unntak var *svelgeproblemer*. Dokumentasjon vedrørende *appetitt*, *kvalme*, *smerter* og *ødemer* har endret seg signifikant. Dokumentasjon på *hjelp til mating* hadde økt, men med signifikansområdet i grenseland (p = 0.05). Faktorer relatert til munnhulen var generelt lite dokumentert. Ingen av de hundre journalene før prosjektet hadde angitt vurdering av *sår i munnen* og bare 2 av 100 journaler hadde registreringer på dette etter implementeringen.

Tannstatus er også en viktig faktor som kan påvirke ernæringsstatus. Før prosjektet var det 19 av 100 av journaler som hadde dokumentasjon på tannstatus under oppholdet. Kartlegging av journaler etter prosjektet (tabell 4) viste at 49 av 100 av journaler nå hadde dokumentasjon på dette. Det var flest legenotat som inneholdt disse opplysningene.

Tabell 4: Tannstatus.

Faktor	Antall journaler <i>før</i> prosjektet (n=100)	Antall journaler <i>etter</i> prosjektet (n=100)	P-verdi
Angitt tannstatus	19	49	< 0.001
- egne tenner	7	23	
- proteser som passer	0	3	
- proteser som ikke passer	3	0	
- annet*	9	23	

Tabellen viser en oversikt over antall journaler som har angitt tannstatus før (n = 100) og etter (n = 100) pilotprosjektet. Her brukes kjikvadrattest på angitt tannstatus før og etter prosjektet.

*annet: trenger tannlegetilsyn etc.

4.2.4 Ernæringsrelaterte journalnotater

Kartlegging av ernæringsrelaterte journalnotater omfatter formuleringer og frekvens av dokumentasjon vedrørende mat- og drikkeinntak.

For å kunne vurdere matinntaket til pasienten bør man ha kjennskap til hva som er et normalt matinntak for vedkommende. Som vist i tabell 5 var *beskrivelser av matvaner* dokumentert i 44 av 100 journaler før, og 52 av 100 journaler etter pilotprosjektet. Stort sett beskrives det hva pasienten liker eller ikke liker. Bare én journal, av 200 journaler til sammen, ga en beskrivelse av hva en normalporsjon er for pasienten.

Beregning av energibehov var utført i 2 av 100 journaler etter prosjektperioden. Ingen fra perioden før prosjektet. Før prosjektet var det 5 av 100 journaler som anga *kostregistrering* for en hel dag mens etter prosjektet var det bare 2 journaler som hadde dokumentert dette. Her var det én journal som hadde kartlagt 26 dager mens en journal bare hadde én dag. Hvert måltid var registrert for seg. Det faktiske døgninntaket stod ikke samlet systematisk og ingen journaler hadde dokumentert omregning av inntak til energi.

Under kartleggingen av ernæringsrelaterte journalnotater ble det sett på formulering, hvorvidt det var subjektiv og tolkende eller objektivt og nøytralt (tabell 5). Antall journaler med dokumentasjon av *detaljert matinntak* hadde økt fra 40 av 100 journaler fra før prosjektet til 52 av 100 journaler etter. Totalt var det dokumentert *detaljert matinntak* 463 ganger etter pilotprosjektet mot 89 ganger før. Dette er fem ganger mer og en signifikant økning ($p = 0.002$). Som vist i tabell 5 har den totale dokumentasjonen vedrørende matinntak økt fra 664 registreringer før prosjektet til 1079 registreringer etter, en økning på 63 %.

Fortsatt var formuleringer som "*spist litt*", "*spist lite*", "*spist*" og "*vil ikke spise*" i bruk. Antallet hadde ikke endret seg stort som følge av prosjektet. Flere eksempler på upresise formuleringer fra journalene:

- "Han har spist godt til måltidene."
- "Jeg synes hun drikker for lite."
- "Spiser godt, drikker enda bedre."
- "Spiser og drikker bra nok."

Eksempler på mer objektive og informative formuleringer:

- ”Har spist to halve brødsiver med gulost til kveldsmat.”
- ”Drukket en kaffekopp, ett glass kefir og en halv næringsdrikk i kveld.”

Gjennomgangen av journaler etter pilotprosjektet ga også noen nye formuleringer vedrørende matinntak: ”*spist moderat*”, ”*spist en del*”, ”*spiser bra nok*”, ”*spist temmelig godt*”, ”*spist tilfredsstillende*”. Disse kom inn under kategori ”*spist bra/greit/okey*”. I tillegg var det to av 100 journaler etter prosjektperioden som ikke hadde noen dokumentasjon fra oppholdet i det hele tatt.

Tabell 5: Ernæringsrelaterte journalnotater vedrørende matinntak.

Formulering	Dokumentert i antall journaler		Dokumentert <i>antall ganger</i> totalt		P-verdi
	Før (n=100)	Etter (n=100)	Før	Etter	
Beskrivelse av matvaner	44	52	44	52	0.259
Beregning av energibehov	0	2	0	2	0.156
Kostregistrering en hel dag	5	2	5	27	0.258
Matinntak detaljert beskrevet	40	52	89	463	0.002
”Spiser alt”	2	2	10	2	0.992
”Spist bra/greit/okey	58	36	262	203	0.162
”Spist litt”	11	17	26	32	0.224
”Spiser lite”	18	21	29	49	0.414
”Spist”	45	50	118	139	0.355
”Vil ikke spise”	29	35	81	110	0.375
Totalt			664	1079	

Tabellen viser antall registrerte ernæringsrelaterte journalnotater vedrørende matinntak, både antall journaler og antall registreringer totalt. Her sammenlignes registreringer før (n = 100) og etter (n = 100) pilotprosjektet. Statistisk analyse (Mann Whitney test) er utført på antall registreringer, signifikante verdier er uthevet.

På samme måte som for matinntak, ble det kartlagt formulering og frekvens av dokumentasjon på væskeinntak. Væskeregistrering for en *hel dag* var før prosjektet kartlagt i 12 av 100 journaler, en gang per journal (se tabell 6). Etter prosjektet var det derimot bare fem av 100 journaler som hadde væskeregistrering for en hel dag, men her var det registrert i gjennomsnitt syv dager per journal.

Antall journaler med dokumentasjon av *detaljert drikkeinntak* hadde økt fra 28 av 100 journaler før prosjektet til 51 av 100 journaler etter. Totalt var det dokumentert *detaljert drikkeinntak* 486 ganger etter pilotprosjektet mot 58 ganger før. Dette er åtte ganger mer og en signifikant økning ($p < 0.001$). Som vist i tabell 6 var formuleringer som ”*drukket litt*” og ”*drukket lite*” fortsatt i bruk. Bruken av denne type formulering var økt, men det var ingen signifikant endring. Tabell 6 viser at den totale dokumentasjonen vedrørende væskeinntak

hadde økt fra 241 registreringer før prosjektet til 728 registreringer etter, - en økning på 202 %.

Nye formuleringer som kom frem ved kartleggingen etter prosjektperioden, var: ”drikker optimalt”, ”drikker tilfredsstillende”, ”drikker rimelig godt”. Disse kom inn under kategorien ”drukket bra”.

Tabell 6: Ernæringsrelaterte journalnotater vedrørende væskeinntak.

Formulering	Dokumentert i antall journaler		Dokumentert <i>antall ganger</i> totalt		P-verdi
	Før (n=100)	Etter (n=100)	Før	Etter	
Væskeregistrering en hel dag	12	5	12	38	0.099
Drikkeinntak detaljert beskrevet	28	51	58	486	< 0.001
”Drukket bra”	51	34	153	152	0.121
”Drukket litt”	8	9	9	37	0.733
”Drukket lite”	6	12	9	15	0.146
Totalt			241	728	

Tabellen viser antall registrerte ernæringsrelaterte journalnotater vedrørende væskeinntak, både antall journaler og antall registreringer totalt. Her sammenlignes registreringer før (n = 100) og etter (n = 100) pilotprosjektet. Statistisk analyse (Mann Whitney test) er utført på antall registreringer, signifikante verdier er uthevet.

4.2.5 Ernæringstiltak

Bruk av ulike ernæringstiltak ble kartlagt da dette var vektlagt i både undervisning og veiledning. Mange tips og forslag til tiltak var å finne i ernæringsverktøyene på PC'en. Tabell 7 viser de vanligste tiltakene. Med ”beriking” menes bruk av vanlige energirike matvarer som, for eksempel, bruk av rømme, fløte og olje. Under kategorien ”annet” kommer blant annet energipulver, fortykningspulver, proteinrik kost og ulike konsistenser på maten.

Tabell 7 viser at det ikke stor endring i dokumentasjon av igangsatte tiltak før og etter prosjektperioden. Dokumentasjon på bruken av næringsdrikker hadde økt signifikant ($p = 0.008$). Før prosjektet var det 20 av 100 journaler som dokumenterte bruk av næringsdrikker og hadde registrert dette tiltaket 25 ganger. Etter prosjektet var det 35 av 100 journaler som dokumenterte bruk av næringsdrikker 85 ganger. Dokumentert bruk av tiltak som små porsjoner, ønskekost og mellommåltider var minimal (tabell 7).

Tabell 7: Journalnotater vedrørende ernæringstiltak.

Tiltak	Dokumentert i antall journaler		Dokumentert <i>antall ganger</i> totalt		P-verdi
	Før (n=100)	Etter (n=100)	Før	Etter	
Små porsjoner	2	2	2	3	0.992
Mellommåltid	1	3	1	3	0.314
Beriking	0	1	0	1	0.317
Ønskekost	3	4	4	6	0.701
Calogen	7	12	8	14	0.228
Næringsdrikker	20	35	25	85	0.008
Annet *	6	11	7	13	0.205

Tabellen viser registrert antall ernæringsrelaterte journalnotater, både antall journaler og antall registreringer totalt. Her sammenlignes registreringer før (n = 100) og etter (n = 100) pilotprosjektet. Statistisk analyse (Mann Whitney test) er utført på antall registreringer, signifikante verdier er uthevet.

*Proteinrik kost, moset/lett tyggelig mat, energipulver, fortykningspulver, hyppige måltider, ernæringsshots, tilsyn og oppmuntring.

4.3 Resultater fra fokusgruppeintervju

Generelt sett bidro pilotprosjektet til at pleiepersonalet fikk økt fokus på ernæring.

Innledningsvis presenteres uttalelser knyttet til dette temaet, deretter deltakernes syn på de ulike elementene: PC med ernæringsverktøy, undervisning, veiledning, dokumentasjon og rammefaktorer.

4.3.1 Fokus på ernæring

Alle gruppene var samstemte i at det er økt fokus på ernæring i avdelingene etter prosjektet. Pleiepersonalet nevnte at de tenkte på ernæring før også og eksemplifiserte det økte fokuset ved å bruke ord som:

- *”Mer observante nå enn før, flinkere til å følge med”*
- *”Endret innstilling til ernæring”*
- *”Veier pasienter oftere enn før”*
- *”Bruker mer spise- og drikkelister”*
- *”Mer bevisste på at pasientene skal få dekket sine behov”*
- *”Flinkere til å berike maten, bruker mer saus og egg”*
- *”Bruker næringsdrikker og mellommåltider”*
- *”Lørdagskosmenyen har vi brukt en del”*

- *”Små, delikate porsjoner”*

En ansatt beskrev hva det ligger i å være observant:

”Du klarer å kaste et blikk,- har du fått i deg en brødkive nå? Har du tatt smør på?”

Alle gruppene kommenterte at de tok oftere vekt nå enn før prosjektet. Det ble fortalt suksesshistorier om vektøkning hos pasienter som fikk ernæringstiltak:

”Jeg tror faktisk alle har gått opp i vekt, jeg.”

”Han må jo ha gått opp...i hvertfall 10 kg. Fra prekestol til å gå selvstendig uten hjelpemidler. Og det var funksjonssvikt på grunn av underernæring.”

Spise- og drikkelister blir brukt for å registrere inntak, men det var fortsatt ulik praksis på hvordan dette ble håndtert videre. Noen utførte registrering i tre dager og gjorde en vurdering av inntaket. Andre gjennomførte registreringen, men uten videre vurdering av inntaket. Videre var det fokus på bruken av mellommåltider, beriking og hvordan maten ser ut ved servering.

Både undervisning og kartlegging av ernæringsstatus hadde gitt enkelte ”aha-opplevelser” i forhold til hvor mange eldre som er underernærte:

”..vi ble litt forferdet over den der.. hva heter det skjemaet igjen? MNA-skjema, ja, der målte vi jo vekt og høyde og holdt på å si...armer og legger. Og da fikk vi et ganske stort sjokk. Vi har jo et par pasienter som vi trodde kanskje var overvektige i forhold til både høyde og vekt. Jeg fikk i hvert fall en slik ”aha-opplevelse” når ernæringsfysiologen sier at, i forhold til det hun spiser,- så veldig ensidig kost, så får hun ikke i seg det næringsbehovet hun egentlig har.”

Det var ulikt syn på hva som hadde bidratt mest til endring av fokus på ernæring i avdelingene. Noen anså undervisning som den del av prosjektet som bidro mest til endring. For andre var det viktig med tilstedeværelse av klinisk ernæringsfysiolog. For enkelte var det prosjektet i sin helhet, med både undervisning, veiledning og tilgang til PC-baserte ernæringsverktøy.

Endret ernæringsfokus hadde gitt positive utslag på flere måter. Noen bestiller nå andre matvarer enn før, mens andre ble mer bevisste på ting de allerede hadde i skapet:

”Vi har jo fått tilgang på ting å berike maten med. Det hadde vi jo faktisk ikke før vi kom inn i ernæringsprosjektet.”

”Men vi har jo kommet et stykke på vei, da, med at vi hvertfall har fått en del ny kunnskap i forhold til beriking, også i form av næringsdrikker og praktisk bruk av næringsdrikker. Og alle disse pulverne som har stått i skapet ganske lenge, som vi ikke har visst hvordan man skulle bruke. Det står nå der, men nå bruker vi det jo..om kanskje ikke daglig, så hvertfall...”

4.3.2 Bruk av PC-baserte ernæringstiltak

Til bruk i pilotprosjektet fikk avdelingene overlevert en bærbar PC som var plassert på et trillebord sammen med en printer. Inne på denne PC'en fant man blant annet ernæringsverktøyene (tips til beriking, måltidsforslag, tiltak ved nedsatt appetitt og tiltak ved munn- og fordøyelsesplager), pasientmateriell og presentasjonene fra undervisningen.

Presentasjonene fra undervisningen var lagt inn på PC'en for at pleiepersonalet kunne gå inn der og finne samme informasjon i etterkant. Kun noen få hadde brukt PC'en til dette formålet.

Det ble sett på som positivt at all informasjon var å finne på *ett* sted. Man unngikk å ha flere permer med hvert sitt tema. Samtidig ble det ansett som begrensende at det var på en frittstående PC. Det ble ikke til at man satte seg ned ved denne PC'en. Enkelte klarte å finne tid til å sitte ved PC'en på grunn av prioritering og samarbeid i avdelingen, men som et felles hovedpoeng ble det oppfattet som vanskelig å finne tid:

”Den er veldig lett å bruke. Problemet er bare tid,- det er ikke tid.”

Sett under ett var bruken av PC blitt mindre enn forventet. Den ble mest brukt i starten av prosjektet for å gå igjennom innholdet. Alle gruppene kommenterte at PC'en hadde vært enkel å bruke og at innholdet var relevant. Det som ble mest brukt av innholdet var spise- og drikkelister, måltidsforslag og tips til beriking. I enkelte tilfeller ble PC'en brukt til pasientveiledning, men ikke som noen rutine.

Ved videreføring av prosjektet er det planlagt at ernæringsinformasjonen blir lagt ut på intranettet. Dermed vil informasjonen ligge på datamaskinene som i dag har Gericca. Alle gruppene stilte seg positive til denne endringen. For å gjøre det enda enklere ble det foreslått

bruk av funksjonen ”copy/paste” mellom ernæringsinformasjonen og dokumentasjonen i Gericia.

4.3.3 Undervisning av klinisk ernæringsfysiolog:

Som en del av læringsprosessen ble det gjennomført fire undervisningstimer med tema: Hvorfor behandle underernæring, tiltak ved underernæring, mellommåltider og praktisk bruk av næringsdrikker.

Mange kommenterte at det var undervisningen som hadde bidratt mest til endring av fokus i avdelingene. De følte at de fikk den opplæringen de behøvde for å finne pasienter med ekstra behov. Fra undervisningen nevnte de konkret energiinnhold i ulike matvarer, næringsdrikker til ulike pasientgrupper, små porsjoner, delikat mat og beriking:

”Beriking av mat har vi lært masse om!”

Mange uttrykte at det er forskjell mellom det å lese informasjonen på PC’en og å ha undervisning. Å ha noen til å overføre informasjonen var viktig:

”Vi har vel kanskje hørt mer på det ernæringsfysiologen har sagt. Det setter seg mer enn om man bruker tid på å gå inn på den skjermen og begynner å lete etter det. Det har, på en måte, satt seg litt det ernæringsfysiologen sa:- men så putt inn en skje der, da..”

Flere i fokusgruppene kommenterte egenskapene til den som underviste. Måten det undervises på er av betydning for personalets engasjement videre:

”Jeg tror det er engasjementet hennes, informasjonen og dyktigheten. Måten hun er på og underviser på. Hun bruker hele seg selv når hun underviser,- det er sånn som setter seg.”

Regelmessig undervisning ble ansett som viktig for å kunne opprettholde fokus på ernæring. For mange ble det en repetisjon på tidligere kunnskap, men dette ble sett på som positivt likevel:

”...mye av dette har jo sikkert, i hvert fall for noen av oss, vært litt repetisjon av ting vi har lært en gang i tiden. Selv om det ikke er så lenge siden jeg var ferdig på skolen, så er det jo masse her som jeg ikke husker i det hele tatt.”

Presentasjonene fra undervisningen ble lagt inn på PC'en, men som nevnt tidligere, var det ikke mange som brukte PC'en til å tilegne seg dette materialet i etterkant:

”For jeg tror kanskje om du ikke har vært med på kurset, så blir det ikke til at du går inn på PC'en. Det har litt med tid, hvor nysgjerrig og interessert du er.”

Det var varierende syn på eget ansvar i forhold til å lære opp andre. Sitatene nedenfor viser to ulike syn:

”Det som er viktigst, er at vi har ansvar og informerer de som ikke har vært der. Både skriftlig og muntlig, at vi har en dokumentasjon på hva vi har gjort og at vi leser når vi har anledning til det. På kveldsvakt, for eksempel, har vi noen ganger god tid til å sitte og lese. Det er jo en del av jobben.”

”Vi har så mange oppgaver så jeg tror ikke vi har overskudd til det. Jeg tror ikke det..”

Gruppene anså pasientene som nå blir innlagt som sykere enn tidligere og at dette gir mange utfordringer, ikke minst kunnskapsmessig:

”Det er nok dårligere pasienter som kommer inn nå. Jevnt over har vi fått pasienter som vi egentlig ikke skjønner hvorfor sykehuset har skrevet ut så fort.”

Pasienter med kreftdiagnose ble ansett av flere til å være utfordrende og vanskelige å jobbe med. Disse pasientene har ofte bivirkninger av behandlingen, for eksempel sopp i munnen, kvalme, nedsatt appetitt, obstipasjon/diaré og depresjon:

”Jeg syntes det er vanskelig med kreftpasienter som har fått behandling og går på cellegiftbehandling mens de er her. Smarter, medisiner og ...altså alt stopper jo å fungere. Ja, magen fungerer ikke på grunn av alt for mye medisiner og smertestillende. For det er...man blir litt satt ut.”

Som nevnt, var fokusgruppene fornøyde med temaene fra undervisningen. De hadde ulikt syn på hvilke andre emner det trengtes undervisning på. Kreft og ernæring ble nevnt av flere. Følgende emner ble også foreslått: ernæring til pasienter med svelgevansker, nyresvikt samt næringsstoffenes rolle i kroppen. Noen kommenterte utfordringer i forhold til medisiner som kan påvirke pasientenes appetitt. Andre nevnte kommunikasjon med pasienter,- hvordan man går frem for å kartlegge mat- og drikkeinntak og hvordan man får pasienter med dårlig appetitt til å spise. I tillegg ble det ønsket styrking av dokumentasjonsdelen på ernæring,- hvordan man formulerer informativt og objektivt i journalen.

Andre endringer knyttet til undervisningen var klokkeslett, som i større grad burde tilpasses avdelingene, og at hvert tema burde gjennomgås to ganger for å nå flest mulig ansatte.

4.3.4 Veiledning av klinisk ernæringsfysiolog

Hver avdeling hadde en dag i uken hvor klinisk ernæringsfysiolog var tilgjengelig for veiledning av pleiepersonalet. Alle kom med positiv tilbakemelding vedrørende veiledning av klinisk ernæringsfysiolog. Behjelpelig, interessant, lærerikt og inspirerende var begreper som kom opp.

Korttidsheter preges ofte av travle dager. Alle gruppene mente mangel på tid gjorde at veiledningen ikke alltid ble gjennomført slik det var tenkt, da personalet hadde vanskelig med å avsette nødvendig tid til dette:

”Vi har ofte hatt dårlig tid, eller kanskje ikke planlagt godt når hun kommer, men det er jo gjennom henne vi har lært veldig mye. Det er hun som har lært oss,- det er veldig viktig å ha henne her.”

Alle gruppene så behovet for veiledning og de ga uttrykk for at det var verdifullt å ha klinisk ernæringsfysiolog tilstede på avdelingen. Flere grupper kom med eksempler på hvordan hun fikk gjennomført ting:

”..i hvert fall så syntes jeg det har vært fortvilende med pasienter som ikke spiser; alt vi tilbyr vil de ikke ha. De får det ikke ned, de er kvalme. Altså alt...blir galt og så bare baller det på seg. Og da var det ernæringsfysiologen, hun fikk jo fikset det. Jeg vet ikke hvordan hun fikk det til.”

En ansatt uttrykte et sterkt ønske om fortsatt samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog på avdelingen på denne måten:

”Vi lurte egentlig på om vi skal reise opp på Lovisenberg og bare kidnappe henne. Vi vil gjerne ha henne her! Så kan vi utlyse en dusør eller noe sånt. Nei, det hadde vært flott å ha en ernæringsfysiolog.”

Siden alle gruppene viste til positivt samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog, ble de spurt i hvilken grad det var av betydning å ha en fagperson tilstede på avdelingene:

”Veldig relevant, egentlig..det er ofte den man henvender seg til, da. Fagperson som kan hjelpe oss i gang, få oss litt opp igjen...”

”Jeg tror en ernæringsfysiolog ville fanget opp mye fortere ved innkomst de som hadde behov for tiltak.”

I forhold til pilotprosjektet og hva som bør endres på ved videreføring av prosjektet til de andre avdelingene, ønskes tettere oppfølging og veiledning. Spesielt viktig blir det i startfasen. I tillegg kommer behovet for bedre planlegging for å få frigjort tid til veiledning.

4.3.5 Dokumentasjon i Gerica

Alle avdelingene benyttet dokumentasjonssystemet Gerica. Gruppene hadde ulikt syn på om dokumentasjonen hadde endret seg som følge av prosjektet. Det var ulike meninger om spesifisering av næringsinntak var forbedret dokumentasjon. Noen anså dokumentasjonen som uendret, men dokumenterte oftere vekt nå enn tidligere. Andre mente dokumentasjonen var bedret ved at de skrev mer nøyaktig og spesifikt i journalen:

”Så vi skriver mer presis mengde, men kaloriberegning er vi ikke flinke med. Det er en fremmed ting for oss og vi trenger kalkulator og litt hjelp til hvordan vi regner ut.”

”Vi snakker mer om ernæring enn det vi gjorde, men jeg synes fremdeles at den der daglige dokumenteringen i Gerica er den samme som før. Det er fremdeles mye: spiser godt, spiser ikke så godt..”

Alle gruppene var enige om at informasjon vedrørende ernæringsstatus og ernæringsinntak skulle dokumenteres i tiltaksplan under mappen ernæring. Matinntak ble notert i tiltaksplanen

for hver vakt og man må selv gå inn og sjekke forrige vakt dersom man skal få en oversikt over hele dagsinntaket. Det var forskjell på hvor langt de ulike avdelingene hadde kommet i bruken av tiltaksplaner:

”Vi skriver i tiltaksplanen, da, på ernæring. Vekt og beregningen, hva de skal ha, proteiner og... Det er vi flinke til.”

”Men vi er ikke den flinkeste avdelingen til å lage tiltaksplaner. Det tror jeg at vi må si, men vi gjør ikke noen dårlig jobb med pasientene for det!”

Arbeidet med å forbedre dokumentasjonen er utfordrende og har allerede pågått over tid. En kommentar fra gruppene henviste til dette:

”Hvis du hadde sett hvordan dokumentasjonen generelt var for tre år siden, så er vi på... altså, kan på en måte aldri si man har nådd toppen, men det har gått tid. De siste årene har hovedfokuset vært dokumentasjon. Har brukt masse tid på det! Ikke for å unnskyld, da, men det har vært vanskelig å få folk til å dokumentere.”

Pilotprosjektet hadde ikke egen undervisning innenfor ernæringsdokumentasjon i Gerica. Det ble nevnt tidligere opplæring fra sentralt hold (Sykehjemsetaten), men da på hele Gerica-systemet. Noen av gruppene nevnte at de selv stod for opplæringen av vikarer og nyansatte. Det kom frem ønske om mer undervisning på dokumentering av ernæringsrelatert informasjon.

4.3.6 Rammefaktorer

Underveis i fokusgruppeintervjuene kom det stadig opp elementer som personalet følte begrenset deres mulighet til å prioritere pilotprosjektet og ernæringsarbeidet. Rammefaktorer i avdelingene kan være med å begrense ønsket praksis. Gruppene nevnte faktorer som budsjett og tidsmangel som de viktigste faktorene. Sitatene nedenfor er eksempler på dette:

”Er det mat det skal spares på eller kan det være andre ting det kan spares inn på i stedet? Det blir litt feil å spare inn på maten til pasientene.”

”..ja, mat er jo det viktigste, egentlig...Men vi må jo gjøre alle de andre tingene.”

Når noen likevel klarte å gjennomføre alle arbeidsoppgavene, begrunnet de dette med tydelig ledelse og godt samarbeid i avdelingen.

Flere i fokusgruppene kommenterte pasientenes hjemmesituasjon. Pasienter med rullerende opphold har en periode på korttidsavdeling og en periode hjemme. Mange av disse pasientene går ned i vekt mens de er hjemme og tiden på korttidsavdelingen er ofte for kort til å se effekt av ernæringstiltak. En ansatt kommenterte dette:

”..man kan ikke forvente mirakel på underernærte mennesker. De trenger god tid til motivasjon, samtale og veiledning...”

Avdelingsleder som pådriver for ernæringsarbeidet

Avdelingsleder blir ansett å være en viktig pådriver for ernæringsarbeidet slik at ansatte bevarer fokuset. Lederen har ansvar for at avdelingen følger lover og forskrifter ut fra de rammefaktorene man har (budsjett, bemanning, arbeidsoppgaver etc). Fordeling av arbeidsoppgaver, få til godt samarbeid, prioritere oppgaver og ha klare forventninger var stikkord for denne rollen:

”Når sjefen sier; kan du gjøre det? Da skal du gjøre det og da skal du få tid til å gjøre det. Sånne viktige ting prioriterer man.”

”Ja, så de må hvert fall være på lag med oss i forhold til dette her. Og de må gi oss de midlene vi behøver. Gi oss tid og rom til å jobbe med dette her og hjelpe oss til å innføre nødvendige rutiner.”

”Det må jo være noen som tar ansvar for at det blir gjort. Noen pådrivere hele tiden for at det skal fungere.”

Innarbeidelse av rutiner

Samtlige grupper var enige om at kartlegging av ernæringsstatus må inn som en rutine dersom avdelingene skal opprettholde fokuset på ernæring. Noen kommenterte at kartlegging av ernæringsstatus burde komme under inntakssamtalen. Da ville man få fokus på ernæring helt fra starten av. Noen kommenterte at de fokuserte mest på de underernærte som hadde vedtak på ernæring.

Innføring av rutiner anses som både tidkrevende og utfordrende slik det er gitt uttrykk for i sitatene nedenfor:

"..altså det er en utfordring, for jeg tenker at: hvis det er en rutine så får man det til i en travel hverdag. Men å innarbeide en rutine i en travel hverdag...er en utfordring."

"Du må få alle med deg...alle må være med på det. Alle må forstå det og alle må ville det. Alle må skjønne hvorfor det er viktig, hvorfor rutinen er viktig. Og det å få alle til å forstå det,- er en utfordring!"

Opplæring av nyansatte og vikarer ble også sett på som utfordrende, og enkelte reflekterte mer rundt dette enn andre:

"Så synes jeg også kanskje at det er enkelte som bør ha ansvaret for opplæringen av nyansatte. Fordi, det er ikke "bare-bare" å stå ansvarlig for den opplæringen. Det er jo mye som detter bort hvis du ikke vet hva du skal lære nyansatte opp i. At du bare blir satt i jobben. Og kanskje føler du deg ikke helt fortrolig med den jobben."

5 Diskusjon

Formålet med denne evalueringen var å se om økt fokus på underernæring, gjennom undervisning, veiledning og systematiserte tiltak, førte til økt kunnskap, forståelse og ferdigheter blant pleiepersonalet og dermed økt dokumentasjon av ernæringstiltak i pasientjournalene. For å finne ut dette ble det gjennomført et kunnskapsbasert spørreskjema, kartlegging av ernæringsdokumentasjon i journaler og fokusgruppeintervjuer. Her følger en drøfting av resultatene i lys av problemstillingen. Innledningsvis drøftes valg av metoder med styrker og svakheter.

5.1 Metodiske betraktninger

Validitet omhandler hvorvidt studien måler det den er ment å gjøre (51;52). Dette begrepet kan inndeles i intern og ekstern validitet (53). Intern validitet refererer til i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget og det fenomenet som er undersøkt (ibid). Denne evalueringen omhandler pleiepersonalets utbytte av ernæringsverktøy, undervisning og veiledning for effektivt å kunne forebygge og behandle underernæring hos eldre på sykehjem. Ekstern validitet refererer til i hvilken grad disse resultatene kan overføres til andre sykehjem. Dette vurderes under hver metode brukt i evalueringen.

5.1.1 Mastergradsstudentens bakgrunn

Ved siden av å være student i klinisk ernæring arbeider mastergradsstudenten som sykepleier i eldreomsorgen. Arbeid med eldre har gitt motivasjon til valg av oppgave innenfor ernæring til eldre på sykehjem. Utfordringene i forhold til ernæring til eldre er store og man møter dem *hver dag* når man er på jobb. For å kunne møte disse utfordringene erkjentes egen manglende ernæringskunnskap og at kompetanseheving var nødvendig.

Å ha en bakgrunn innenfor samme fagfelt kan både ha positiv og negativ innvirkning ved kvalitativ forskning. Fordelen er at man har et erfaringsgrunnlag og faglig perspektiv, men dette kan også påvirke resultatene i studien. Kommentarer og meninger som har kommet opp under fokusgruppene kan mastergradsstudenten ha tatt for gitt, men som burde ha vært forklart av hensyn til andre med annen bakgrunn. Av den grunn har veileder vært med i prosessen fra utarbeidelse av intervjuguide, gjennomførelse av fokusgruppene samt analyse av resultatdelen.

5.1.1 Kunnskapsbasert spørreskjema

Et multiple choice spørreskjema (MCQ) ble utarbeidet av mastergradsstudent og veiledere for å evaluere undervisningsopplegget (51;54). Man anbefaler å bruke MCQ for å se endringer i kunnskap hos helsepersonell etter utdanningsprogrammer (43;54). Spørsmålene ble hentet ut fra hovedpunkter i undervisningsmaterialet. Det ble satt av fire svaralternativer der siste alternativ var ”vet ikke”. Pleiepersonalet ble oppfordret til å bruke dette alternativet dersom de ikke visste svaret. Spørreskjemaene var anonyme, noe som kan ha bidratt til ”ærlig” svar som ”vet ikke” og ikke bare gjetting på rett svar. Samme skjema ble brukt før og etter pilotprosjektet for å ha et sammenligningsgrunnlag.

Veilederne gjorde en innholdsvalidering (51), men skjemaet ble ikke pilottestet før bruk. En pilottest kan avdekke tvetydigheter i spørsmålene og dermed kan man unngå misforståelser. Mastergradsstudent og veileder var derfor tilgjengelig for spørsmål under gjennomføringene.

For å kunne beregne statistikk på resultatene, ble det ønsket omkring 50 deltakere før og etter. Med 54 deltakere på første spørreunde og 49 deltakere på siste, ansees disse som representative for pleiepersonellet på de fire pilotsykehjemmene.

5.1.2 Kartleggings skjema for journalnotater

Kartleggings skjema for journalnotater ble utarbeidet av mastergradsstudent og veileder. Elementene i dette skjemaet ble dels hentet ut fra litteratur, egne erfaringer og det vi fant ved gjennomgang av enkelte journaler. Innsamlede data gir derfor et godt bilde av dokumentasjonsgraden. Skjemaet kartla ulike formuleringer av ernæringsdokumentasjon samt frekvens. Selve datainnsamlingen ble gjennomført på et eget rom der mastergradsstudenten kunne sitte uten forstyrrelser. Maks tyve journaler ble gjennomgått på en dag og resultatene ble lagt inn i excel samme kveld. Ved oppstart på ny dag ble et par journaler fra forrige dag gjennomgått på nytt som en kvalitetssikring. Det ble laget en skriftlig fremgangsmåte for kartleggingen i Gerica (vedlegg nr 3). Ernæringsrelatert dokumentasjon som stod skrevet andre steder, er dermed ikke tatt med i denne kartleggingen.

For å beregne statistikk på resultatene ble det innhentet data fra 100 journaler fra 2009 og 100 journaler fra 2011/2012. Dette medførte samtlige innleggelsene på korttidsopphold på de fire pilotsykehjemmene gjennom halvannen måned. Resultatene fra kartleggingen ansees derfor som representativt for de fire sykehjemmene.

Samtlige sykehjemsavdelinger som deltok i pilotprosjektet, har hatt revisjon av Helsetilsynet i 2010. Avvik vedrørende dokumentasjon ble påpekt. Tiltak for bedring av dokumentasjon i etterkant av revisjon kan også ha påvirket personalets evne til registrering. Dette må tas i betraktning når endring i dokumentasjonen vurderes.

5.1.3 Fokusgruppeintervju

I hvilken grad er resultatene gyldige for det utvalget og det fenomenet som er undersøkt? I det følgende kommer refleksjoner omkring valg av fokusgruppeintervju som metode, utvalget og intervjuguiden.

Metodevalg

For å få frem pleiepersonalets utbytte av elementene i prosjektet, ble det gjennomført fokusgruppeintervju. Her får man frem informasjon det er vanskelig å gjøre rede for ved hjelp av tallbeskrivelser (kvantitative data). En fokusgruppe gir rom for gruppedynamikk der det er individene som spiller på hverandre. På den måten kan man få frem informasjon som normalt ikke ville kommet frem i intervjuer med enkeltindivider. Metoden egner seg derfor godt når man ønsker å få frem erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange samhandler (52).

Utvalg

For å være sikker på at flere sider ved en sak blir uttrykt av deltakerne, anbefales at antall deltakere er mellom seks og ti (51;55). Av samme grunn anbefales det minst fire. Utvalget ble gjort av arbeidsleder ut fra kriteriet om at deltakerne måtte ha arbeidet på avdelingen under prosjektperioden. Fokusgruppene i evalueringen hadde tre og fire deltakere, noe som kan ha påvirket resultatene som nevnt ovenfor. Det kom likevel frem flere sammenfallende svar fra de fire fokusgruppene. Utvalget anses derfor som representativt for de sykehjemsavdelingene som evalueres.

I litteraturen om fokusgrupper påpekes fordeler ved at deltakerne ikke kjenner hverandre (55). Årsaken til dette er at det kan være lettere å snakke om temaer dersom de andre deltakerne er ukjente. Mest aktuelt er dette for sensitive tema (som for eksempel mobbing på arbeidsplassen). Diskusjon vedrørende prosjektets elementer anses ikke som sensitivt tema.

At deltakerne i fokusgruppene var fra samme avdeling ga en lik erfaringsbakgrunn som antas å ha virket stimulerende på diskusjonen mellom dem.

Intervjuguide

Hvert fokusgruppeintervju fulgte en semistrukturert intervjuguide, basert på problemstillingen, for å kunne gi mulighet for sammenligning mellom gruppene. Intervjuguiden ble gjennomgått og justert av veilederne før gjennomførelsen. Etter hver gruppe ble intervjuet gjennomgått for å markere hovedresultatene. Når man ønsket fordypning i enkelte temaer, ble intervjuguiden justert før bruk i neste fokusgruppeintervju. En slik justering underveis kan bidra med å styrke materialets validitet da man kan se problemstillingen fra flere ulike sider (52).

Dataanalyse

For å sikre nøyaktig gjengivelse av det som ble sagt, ble intervjuene tatt opp med digital opptaker. Kvaliteten på opptakene var stort sett gode. Svakheten ved bruk av opptaker er at den ikke fanger opp non-verbal kommunikasjon. Opptak kan også ha negative innvirkning for spontanitet og åpenhet blant deltakerne, men dette virket ikke som noe problem i gruppene. Notater gjort av observatør underveis ble brukt som støttemateriale under analysen. Samme observatør ble brukt i alle gruppene og vedkommende var ikke kjent av deltakerne fra før. Intervjuene ble gjennomgått etter hver gruppe og hovedresultater sammenfattet. Transkripsjonen ble utført raskt i etterkant mens intervjuene var friskt i minnet. Veileder har vært med under analysen av det transkriberte materialet for å kvalitetssikre dataene.

Overførbarhet og ekstern validitet

Kvalitative studier omhandler overføring av kunnskap, fremfor generalisering som i kvantitative studier. Det forventes ikke at resultatene er generaliserbare til alle sykehjem, men at de kan ha en overføringsverdi når prosjektet skal videreføres. Fokusgruppene kom med tilbakemelding på hva som fungerte og hva som ikke fungerte under implementeringen (for eksempel klokkeslett, sette av tid). Dette ga oss hentydninger til hvilke områder som må vies mer oppmerksomhet ved videreføring av prosjektet.

5.2 Diskusjon av resultater

Her følger en drøfting av resultater funnet i evalueringen av pilotprosjektet med utgangspunkt i problemstillingen.

5.2.1 Har kunnskapsnivået økt hos pleiepersonalet?

Samhandlingsreformen legger et større ansvar på primærhelsetjenesten og kommunene. De får tidligere ansvar for medisinsk ferdigbehandlede pasienter, der en stor andel er eldre mennesker med sammensatte lidelser. Man vet at mange av de eldre er underernærte ved innleggelse i sykehus og at tilstanden kan forverre seg ytterligere under oppholdet. Etter utskrivelse kommer flere av disse inn på korttidsopphold ved sykehjem (før en eventuell hjemreise). Underernæring forekommer ofte hos eldre på sykehjem (56;57) og det er derfor viktig å øke kunnskapsnivået blant pleiepersonalet slik at de får et økt fokus på ernæring (26).

Metodene i pilotprosjektet var PC-baserte ernæringsverktøy, undervisning og veiledning av klinisk ernæringsfysiolog (kef). Undervisningen tok utgangspunkt i forslag til nye ernæringsprosedyrer som var utarbeidet og viste til verktøykassen for ernæringstiltak. Kunnskapsnivået ble målt ved hjelp av et kunnskapsbasert spørreskjema før og etter implementeringsperioden, supplert med svarene fra fokusgruppeintervjuene.

Det kunnskapsbaserte spørreskjemaet viste forbedret svarprosent på samtlige spørsmål. Størst økning i antall riktige svar var blant faktaspørsmålene, for eksempel: ”Hvordan beregner man energibehovet til en frisk person?” Når spørsmålene derimot ble mer praksisnære, som: ”Hvor mye av energibehovet vil en næringsdrikk dekke for en normalvektig gammel dame på 50 kg?”, ble det relativt liten forbedring. Her måtte man se forbindelsen mellom flere ting; hvordan man beregner energibehov og fakta vedrørende næringsdrikker som ernæringstiltak. Dette viser at undervisning kan gi kunnskap, men gir ikke nødvendigvis økt praktisk handling. Informasjonen må overføres til praksis for å gi personalet egne erfaringer.

Fokusgruppeintervjuene ga god tilbakemelding på verktøykassen på PC: Den var enkel å bruke, det ble sett på som positivt at all informasjon var å finne på ett sted og deltagerne syntes at det faglige innholdet var relevant. Når de likevel sier at PC'en ble lite brukt etter oppstarten, tyder det på at undervisning og veiledning har bidratt mest til økt bevissthet rundt

bruken av ernæringsverktøyene. Overlevering av ernæringsverktøykassen som eneste tiltak kan antas å ha liten effekt på ernæringsfokus.

Undervisning som metode

Flere studier viser til at undervisning av personalet har positiv effekt og viser til reduksjon i antall pasienter i ernæringsmessig risiko og færre komplikasjoner (30;58-60). Mange studier har vist at ernæringstiltak har effekt på helse (19;24;61;62). Det krever at risikopasienter identifiseres. Kunnskap om hvilke faktorer som kan påvirke ernæringsstatus og hva underernæring gjør med kroppen blir viktig (16). På denne måten kan mange av komplikasjonene på grunn av underernæring unngås eller behandles med gevinst både for pasienten, personalet og ikke minst samfunnsøkonomisk.

Fokusgruppeintervjuene viste at personalet var fornøyd med tilbudt undervisning. Mange anså undervisning som den delen av prosjektet som bidro mest til endring av fokus. Økt kunnskap gir økt prioritet, noe som også er vist andre steder (21;63;64). Undervisningen ga repetisjon av kjent stoff, men tilførte også ny kunnskap. Flere i fokusgruppene kommenterte hvor viktig det var å bli minnet på ting igjen for lettere å holde fokus. Man kan anta at repetisjon av ernæringskunnskap var positivt i denne sammenhengen. Regelmessig undervisning vil derfor være en egnet metode for opprettholdelse av ernæringsfokus videre (65).

Flere i fokusgruppene påpekte at undervisning var å foretrekke fremfor å lese undervisningsmaterialet på egenhånd. De uttrykte at det ikke bare er å sette seg med PC'en eller med en perm. Det var vanskelig å sette av tid til egenlæring, og undervisning ble sett på som mer effektivt. Det hadde dermed en egenverdi at stoffet ble presentert og gjennomgått på en inspirerende måte. Det var stort sett et problem å få videreført undervisningsmaterialet til dem som ikke var tilstede på undervisningen. Noen avdelinger skulle stå for videreføringen selv, men hadde ikke oppnådd dette på grunn av tidsmangel. Andre fikk til dette via ansvarsfordeling og prioriteringer gjort av avdelingsleder. Noen i fokusgruppene trakk frem føring av spise- og drikkelister som eksempel på hvor viktig det var med videreføring av undervisning. Da ikke alt pleiepersonell hadde vært på undervisning, og heller ikke fått tilegnet seg materialet i etterkant, ble selve føringen av listene ofte ufullstendig. Dermed erfarte kollegene at videre beregning og vurdering av inntak ble umulig.

Veiledning som metode

For å få løftet pleiepersonalet til et visst kunnskapsnivå er undervisning egnet for å overføre generell informasjon. Men undervisning alene kan ofte ikke føre til varige atferdsendringer (54;63;66). I dette pilotprosjektet var veiledning et annet bidrag i læringsprosessen.

Veiledning skilles begrepsmessig fra rådgivning der sistnevnte går på anbefaling og oppfordring til hva som bør gjøres i de ulike situasjoner. Veilederens rolle i pilotprosjektet var å følge pleiepersonell på vei mot egen mestring ved å lytte til, spørre og bekrefte det som ble gjort. Fokuset var den ansattes kunnskap og erfaringer samt evne til refleksjon over egen handling (67). Man definerer ofte læring som ”endring av atferd”, men det omfatter også endring i tenkemåte og resonnement (66). For å oppnå varig atferdsendring må pleiepersonalet vite hva de skal observere hos pasienten (kunnskap) og forstå viktigheten av observasjonen (holdning). Når vurderingen tilsier behov for ernæringstiltak kreves også handling (ferdigheter).

Fokusgruppene viste at veiledning av klinisk ernæringsfysiolog var et viktig bidrag til læringsprosessen. Det opplevdes inspirerende å ha noen som holdt fokus på ernæring så tydelig. At klinisk ernæringsfysiolog fysisk var i avdelingen bidro til at pleiepersonalet ble påminnet om ernæringsarbeidet igjen. Det er også vist tidligere at hyppigere tilgang til klinisk ernæringsfysiolog i avdelingen ga større fokus på ernæring hos ansatte (31).

Veiledning hadde ført til økt bevisstgjøring i forhold til kosthold. Dette viste seg blant annet ved at pleiepersonalet bestilte andre matvarer nå enn før prosjektet. De hadde større oppmerksomhet i forhold til energiinnhold i matvarer og effektiv beriking av mat. Flere var overrasket over hvor lett maten kunne berikes når man først hadde fått oversikt over hvilke matvarer som ga mye energi. I tillegg ble de klar over hva de egentlig hadde i kjøkkenskapet. Personalet så nå meningen med de ”pulverboksene” som hadde stått i skapene i lengre tid.

Pleiepersonalet syntes det var interessant og lærerikt å se hvordan ting ble utført i praksis. De verdsatte kef’s kompetanse og ”sparte opp” ulike spørsmål til neste veiledning.

Pleiepersonalet innså egen manglende ernæringskompetanse og benyttet kef til pasientsituasjoner der de selv kom til kort. Fokusgruppene kom med flere eksempler på hvordan kef likevel fikk det til. Dette var til inspirasjon og vekket nysgjerrighet hos de ansatte. Flere ønsket å vite mer om hvordan kef gikk frem for å kartlegge ernæringsstatus hos pasientene. Å være lydhør ovenfor pasientens ønsker og å kunne finne pasientens motivasjon

til å spise er en viktig del av kartleggingen (60). Til dette kreves både interesse, tid og erfaring hos pleiepersonalet. Flere kommenterte at det kunne være vanskelig å sette av nok tid til dette.

Personalet fant motivasjon for innsats og videre arbeid når resultatene fra ernæringstiltakene begynte å vise seg. Mange i fokusgruppene kom med pasienteksempler der ernæringstiltak hadde gitt ønsket vektoppgang. Slike eksempler viser at fokus på ernæring nytter. Dette er både inspirerende og motiverende, og har positiv verdi både for pasient og ansatt. Det er vist andre steder at slike pasient - historier både kan være en drivkraft for implementering og for opprettholdelse av fokus (68).

5.2.2 Har økt fokus på ernæring ført til økt forståelse og holdningsendring blant personalet?

Med forståelse menes her hvorvidt pleiepersonalet klarer å bruke kunnskaper fra undervisning og veiledning til å gjenkjenne situasjoner der det kreves handling/tiltak. Holdninger går på å forstå viktigheten av det de observerer slik at det fører til målrettet handling. For å kunne si noe om forståelse og holdninger hos pleiepersonalet ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer etter implementeringsperioden.

Økt forståelse viser man blant annet gjennom selvstendig handling fordi man ser forbindelsen mellom kunnskap og egne erfaringer. Fokusgruppene var noe ulike vedrørende dette. Forskjellen kan komme av forskjellig arbeids- og ledelseskultur på de ulike avdelingene. Enkelte uttrykte at ting ble gjort fordi sjefen hadde sagt man skulle gjøre det. Dette tilsier behov for gode rutiner for ernæringsarbeidet da evne til refleksjon over egen kunnskap og handling kan være varierende. Andre i fokusgruppene påpekte derimot avdelingslederens ansvar for å gjøre prioriteringer slik at det ble frigjort tid, både til undervisning og veiledning, men også til selvstendig arbeid i forhold til egenutvikling og mestring.

Fokusgruppene kommenterte at pasientene som kommer inn til korttidsopphold nå er sykere enn de var før i tiden. Dette vil by på mange utfordringer der personalets ernæringskunnskap kan komme til kort. Som følge av Samhandlingsreformen kan dette forsterkes i og med at pasientene utskrives tidligere fra sykehus. Flere fra fokusgruppene kommenterte at det ofte settes i gang tiltak for sent, noe som også gjelder ernæringstiltak. Dette kan være uheldig for pasienter som er medisinsk ferdigbehandlet på sykehus, men som fortsatt ikke er i stand til å klare seg selv. Ved risiko for underernæring er det viktig å komme tidlig inn med tiltak for

forebygging og eventuelt behandling (69-71). Det kom frem i fokusgruppene at en klinisk ernæringsfysiolog ville, med sin ernæringskompetanse, kunne vurdere pasientsituasjonen raskere og igangsette tiltak tidligere enn de selv gjorde.

Kunnskap om, og egen – interesse for, ernæring er viktig for å opprettholde fokuset i avdelingene. Tilstedeværelse av klinisk ernæringsfysiolog var et viktig bidrag. Til tross for at tiden til veiledning ble liten, var dette en verdsatt erfaring for pleiepersonalet. Mange kommenterte hvor viktig det var å ha klinisk ernæringsfysiolog tilstede på grunn av den kompetansen, engasjement og inspirasjon dette ga. Felles for fokusgruppene var ønsket om bedre tid til veiledning i prosjektet. Sammen med undervisning ble dette et viktig bidrag til læringsprosessen hos pleiepersonalet.

Resultatene fra fokusgruppene avdekket ulik forståelse for hvorvidt de dokumenterte annerledes etter pilotprosjektet. Noen mente de dokumenterte bra da dokumentasjonen var mer nøyaktig og spesifikt enn tidligere, spesielt vedrørende vekt samt mat- og drikkeinntak. Kartleggingen viste betydelig økt ernæringsdokumentasjon, men ikke særlig bedring på kvalitet. Selv om dokumentasjonen var mer nøyaktig, fant man ikke automatisk hele dagsinntaket. Når det ikke var beregnet energibehov, var det heller ikke noe å sammenligne med. En slik sammenligning ville gitt nyttig informasjon om pasientens behov for ernæringstiltak. Andre fra fokusgruppene var mer selvreflekterte og anså dokumentasjonen som fortsatt mangelfull. Det ble stadig funnet formuleringer som ”spist bra” i pasientjournalene. Derimot visste de hvordan det burde være. Samlet sett så man at kunnskap om, og innsikt i, relevant ernæringsinformasjon varierte blant deltakerne. Forbedring av ernæringsdokumentasjonen kan derfor bli vanskelig uten lik opplæring i dokumentasjon til alt pleiepersonell.

Deltakerne i fokusgruppene ble veldig engasjerte i diskusjonen om ernæring til eldre. Tross tidsmangel og budsjettinnsparinger ble det argumentert frem hvor viktig ernæring var for pasientene og at dette måtte prioriteres. Ernæring griper inn i alle sider ved et menneskes liv. Først og fremst for å dekke et grunnleggende behov, men er vesentlig for den enkeltes livskvalitet (72). For flere i fokusgruppene ble det viktig å *se* mennesket og det livet vedkommende levde siden de hadde ansvar for pasienten og var sammen med dem hver dag. Med andre ord er det av betydning, både for personalet og pasienter, at tjenestene som tilbys er av god kvalitet. På denne måten kan pasientene oppleve trygghet, god omsorg og forsvarlig pleie på alle plan.

5.2.3 Har pleiepersonalets ferdigheter økt?

Undervisning og veiledning ga pleiepersonalet tilgang til ernæringskunnskap. Dersom de benyttet dette aktivt i ernæringsbehandlingen kunne man si noe om pleiepersonalets ferdigheter. Ferdighetene ble målt via kartlegging av dokumenterte ernæringstiltak i pasientjournaler, der resultatene fra før og etter implementeringsperioden ble sammenlignet.

I følge fokusgruppeintervjuene var det som ble mest brukt av verktøyene på PC'en, spise- og drikkelister, måltidsforslag og tips til berikning. Gjennomgang av pasientjournaler bekreftet derimot ikke økning i bruk av ernæringstiltak med unntak av næringsdrikker. Ifølge egen erfaring blir ofte forslag til tiltak satt opp på avdelingenes kjøkken. Slik sett kan bruk av ernæringstiltak være større enn registrert. En slik praksis alene er u hensiktsmessig når tiltakene skal følge pasienten over til andre instanser.

Flere i fokusgruppene mente de dokumenterte mer nøyaktig og spesifikt nå enn tidligere. Kartleggingen av dokumentert detaljert matinntak bekreftet også dette. For eksempel ble det beskrevet antall brødskiver med pålegg, antall glass med drikke etc. Dette er mer objektiv og beskrivende informasjon, og dermed et skritt i riktig retning bort fra den subjektive og fortolkende dokumentasjonen. Registrering i GERICA av spise- og drikkelister for hele dager var lite utført tilross for at flere kommenterte i fokusgruppeintervjuene at de utførte dette i større grad enn tidligere. Kartlegging av faktisk inntak er anbefalt ved innkomst som et verktøy i vurderingen av ernæringsstatus.

Ut fra antall vedtak, hvis målsetning var å forbedre ernæringsstatus, var det 20 journaler fra perioden etter pilotprosjektet som burde hatt resultat av kostregistrering. Herfra var det registrert 27 kostregistreringer for hele dager, der 26 kom fra samme journal. Det vil si at to av de 20 journalene hadde kostregistrering dokumentert i GERICA etter implementeringsperioden. Her var registreringen lagt inn for hver vakt og det var vanskelig å få en god oversikt over det faktiske inntaket. Dette gjør det vanskelig å sammenligne faktisk inntak mot beregnet behov, noe som er relevant i forebygging og behandling av underernæring hos eldre. Denne problemstillingen gjenfinnes også i andre studier, der dokumentasjonen beskrives som mangelfull (57;73), fragmentert og uten systematikk (74).

Fokusgruppene kommenterte at det var registrert vekt oftere nå enn før. Før prosjektet var det 17 av 100 journaler som registrerte vekt, mens det etter implementeringen var 52 av 100

journaler. Til tross for en stor forbedring, tilsier dette at vektregistrering fortsatt ikke er rutine på pilotavdelingene.

Med økt fokus refererte fokusgruppene til flere registreringer av vekt, mer nøyaktig beskrivelse av mat- og drikkeinntak og bruk av tiltaksplan for å dokumentere ernæringstiltak og evaluering. Under kartleggingen av dokumentasjonen i journaler så man denne økningen. Dette var de tingene som hadde endret seg signifikant, men derimot ikke på bekostning av de subjektive formuleringene. Bruken av fortolket informasjon var stort sett uendret. Når man ser ernæringsdokumentasjonen under ett er det en økning i dokumentasjonen når man sammenligner før og etter implementeringen. Helsetilsynets revisjon i 2010 kan også ha vært en motiverende bidragsfaktor til denne endringen.

Noen kommenterte hvor vanskelig det var å forbedre dokumentasjonen. Arbeidet med dette hadde allerede pågått over tid, og en utfordring var å få alle til å dokumentere. Dette er et viktig punkt da helsepersonell, i følge helsepersonelloven (kapittel 8), har dokumentasjonsplikt (75). Den som yter helsehjelp skal registrere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (ibid). Vurdering av ernæringsstatus og behov for ernæringstiltak kommer innunder her. Det forutsetter en objektiv og nøyaktig formulering av tekst for å gjøre innholdet forståelig for annet kvalifisert helsepersonell. For eksempel vil uttrykk som ”spiser dårlig” og ”trenger mer mat” gir lite verdifull informasjon for andre i behandlingsteamet.

Økte kunnskaper innen ernæring, kombinert med veiledning, kan bidra til å vise pleiepersonalet hva som er relevant ernæringsinformasjon. Både registrering av vekt, vurdering av spise- og drikkelister og beregning av energi og proteinbehov, gir konkret, objektivt, beskrivende og relevant informasjon. Relevant ernæringsdokumentasjon skal være enkel å finne i en journal og er nyttig informasjon ved overføring av pasienter til en annen instans.

5.2.4 Rammefaktorer

I løpet av fokusgruppeintervjuene kom det frem andre elementer som kunne påvirke ernæringsarbeidet i praksis. Ledelse, ressursfordeling og innføring av rutiner ble spesielt kommentert. Disse faktorene er i tråd med hva som er vist i andre studier (21;71;76).

Ledelse viktig for ressursfordeling

Å involvere ledere på ulike nivåer innenfor organisasjonen kan gjøre dem til viktige pådrivere for en vellykket implementering (77). Dette støttes av fokusgruppene og er også kjent fra andre studier (18;21;68). Avdelingslederen har ansvar for å innføre rutiner for ernæringsarbeidet slik at det blir en del av det totale behandlingstilbudet (20). Klare retningslinjer, fordeling av ansvar og prioriteringer er nøkkelord for dette arbeidet. Ledelsesforankring er viktig for endring av fokus, samt å bidra med motivasjon og inspirasjon underveis i implementeringen (77;78).

Ledelse og avdelingsleder er ansvarlig for økonomi. Flere fra fokusgruppene kommenterte at innsparinger i budsjettet var en utfordring i pilotprosjektet da dette også omfattet matinnkjøp. Under pilotprosjektet ble det kjøpt inn andre matvarer enn tidligere, og man var bekymret for hvorvidt dette lot seg videreføre. Samtidig påpekte flere at mye mat ble kastet og at en bedre utnyttelse av maten kunne være besparende.

Mangel på tid var et gjennomgående tema i fokusgruppene. For noen var dette begrensende for ernæringsarbeidet, mens andre så det som en utfordring. Tidsmangel gjorde at flere følte de knapt nok hadde tid til arbeidsoppgavene de hadde pr i dag. Av den grunn ble visse deler av implementeringen lite prioritert, som for eksempel tilegnelse av presentasjonsmaterialet i etterkant av undervisning. I tillegg påvirket tidsmangelen føring av spise- og drikkelister, med vurdering av matinntaket i etterkant. En slik registrering var for flere i gruppene både tidkrevende og vanskelig. Av samme grunn hadde nesten ingen utført energiberegning av inntak. Som ved andre nye ting, kan innføring av nye rutiner være tidkrevende. Med tydelig prioritering fra ledelsen, så man at det var mulig å sette av tid til veiledning og personlig oppdatering.

Det er vist at ressursmangel (både tid, personal og økonomi) ofte fører til nedprioritering av ernæring (76;79). Det er derfor viktig at rammefaktorer er et tema som belyses videre i prosjektet.

Innføring av rutiner

Innføring av nye ernæringsrutiner kan oppleves vanskelig og tidkrevende, men avgjørende for å gjøre ernæring til en del av det totale behandlingstilbudet. Dette ble bemerket av samtlige fokusgrupper. Viktigheten av rutinene erkjennes. Det forutsetter at ledelsen bidrar med

ansvarsfordeling samt at det avsettes tid til arbeidet. Flere kommenterte at hverdagen var travel og at det derfor var lett å miste fokus på ernæring. Det opplevdes positivt å ha en kef på avdelingen for å holde ernæringsfokuset oppe.

Manglende forståelse og innsikt for viktigheten av målrettet ernæringsbehandling til eldre kan ansees som barrierer for innarbeiding av rutiner. Alle må stå samlet, arbeide på lag og gjøre det som forventes (21). Det hjelper lite at kun noen ”ildsjeler” tar ansvar for ernæringsarbeidet. De kan være pådrivere, men kan ikke gjøre arbeidet alene. Motivasjon og engasjement er viktig for å ivareta pasientenes ernæringsbehov på en ansvarlig måte. Alt pleiepersonell har et viktig moralsk og juridisk ansvar.

Utviklingen videre

Fokusgruppene kommenterte at pasientene som kommer inn til korttidsopphold nå er sykere enn de var før i tiden. Dette byr på mange utfordringer der personalets ernæringskunnskap kan komme til kort og det er ingen tvil om at kompetansenivået må styrkes (80;81). Som tidligere nevnt har Helsedirektoratet anbefalt minst ett årsverk for klinisk ernæringsfysiolog per 10 000 innbyggere i kommunehelsetjenesten. Oslo har, per i dag, om lag 500 000 innbyggere. Dette vil, i følge Helsedirektoratets beregninger, tilsi et behov for 50 stillinger for klinisk ernæringsfysiologer.

En målrettet behandlingsplan for den enkelte pasient starter ved innkomst på sykehjemsavdelingen. Som nevnt under fokusgruppene, har pasientvedtakene en retningsgivende funksjon. Dersom pasienten hadde vedtak på å forbedre ernæringsstatus ble dette prioritert. Gjennomgangen av vedtakene viste derimot flere generelle og standard formuleringer åpen for tolkning. Andre formuleringer var mer konkrete og målrettede på en måte som kunne bidra til større bevisstgjøring omkring ernæring og ernæringsstatus helt fra starten av korttidsoppholdet. Klare problemstillinger og spesifisering av mål for korttidsoppholdet er en forutsetning da lengden på oppholdene kan være kort. Å se effekt av ernæringsbehandling kan ta tid og det gjelder å komme i gang tidlig med tiltak.

Ernæringscreening med MNA-skjemaet skal bli en del av dokumentasjonssystemet (Geric) og dermed lette arbeidet med å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko. Innenfor dette prosjektet var det bare en avdeling som brukte MNA-skjemaet, men da i papirform. Under fokusgruppeintervjuet kom nytteeffekten frem ved at resultatene av disse skjemaene hadde

gitt uforutsette opplysninger om hvilke pasienter som var underernærte eller i risiko for underernæring. Det indikerer at objektive måleformer er nødvendig, da subjektive vurderinger, eller det ”kliniske blikket”, ikke er tilstrekkelig alene for å avdekke risikopasienter (82;83). Det er imidlertid viktig å komme tidlig inn med ernæringstiltak da underernæring hos eldre er vanskeligere å behandle enn å forebygge (71).

Flere fra fokusgruppene kommenterer at de ofte setter i gang tiltak for sent, noe som også gjelder ernæringstiltak. Det kom frem under fokusgruppene at en klinisk ernæringsfysiolog ville, med sin ernæringskompetanse, kunne vurdere pasientsituasjonen raskere og igangsette tiltak tidligere enn de selv gjorde.

Mange pasienter er innlagt på rullerende opphold, faste perioder i sykehjem og hjemme. Det stilles krav til god samhandling mellom sykehjemmene og hjemmetjenesten. Flere av fokusgruppene kommenterte manglende oppfølging av ernæringstiltak når pasienten var hjemme. Det opplevdes at pasienten ”spiste seg opp” under et sykehjemsopphold og ”spiste seg ned” hjemme. Dette virket demotiverende da pleiepersonalets arbeidsinnsats for god ernæringsbehandling virket bortkastet. En samhandling innenfor kompetanseheving på begge nivå av kommunehelsetjenesten vil være nødvendig. Med kortere liggetid i sykehus vil også hjemmesykepleien få tidligere ansvar for oppfølging av ernæringsbehandling og dokumentasjon (27).

6 Konklusjon

Evalueringen av pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem” har vist:

- Kunnskapsnivået hos pleiepersonalet har økt som følge av målrettet undervisning om underernæring og veiledning i forhold til ulike tiltak for å forebygge og behandle dette.
- Ferdigheter i forhold til igangsetting av ernæringstiltak ansees som noe forbedret, men dokumentasjonen av disse har ikke endret seg vesentlig som følge av pilotprosjektet.
- Undervisning, veiledning og systematiserte ernæringstiltak har ført til økt forståelse for viktigheten av ernæring til eldre. Økt forståelse har gitt holdningsendring og oppmerksomhet på forebygging og behandling av underernæring hos eldre i sykehjem. Dokumentasjonen av vekt og detaljert mat- og drikkeinntak er kvantitativt forbedret. Den totale ernæringsdokumentasjonen har økt, men er fortsatt mangelfull, usystematisk og av begrenset nytteverdi.

Prosjektet var vellykket, men resultatene viste at undervisning, prosedyrer og ernæringsverktøy ikke var tilstrekkelig til å holde ernæringsfokuset oppe. Undervisning må gjentas regelmessig i tillegg til jevnlig veiledning. Det er viktig med tilstedeværelse av ernæringskompetanse og veiledning av klinisk ernæringsfysiolog for opprettholdelse av ernæringsfokus.

Referanseliste

- (1) Lindman A, Damgaard K, Tjomsland O, Helgeland J. Reinnleggelser av eldre i Norge. Notat fra Kunnskapssenteret 2012. 2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.

Ref Type: Report

- (2) FN-sambandet. Å bli eldre er et privilegium. <http://www.fn.no/Aktuelt/Nyheter/Nyhetsarkiv/Befolkning/AA-bli-eldre-er-et-privilegium> . 1-10-2007. 19-4-0012.

Ref Type: Internet Communication

- (3) Dalheim AF, Slaastad TI. Vi blir stadig flere - men færre unge. 2007. 17-4-2012.

Ref Type: Internet Communication

- (4) Nasjonalt folkehelseinstitutt. Helsetilstanden i Norge: Eldres helse - 65 år og over. <http://www.fhi.no/artikler/?id=85146> . 25-10-2011. 19-4-2012.

Ref Type: Internet Communication

- (5) Statistisk sentralbyrå. Økende befolkningsvekst noen år til. <http://www.ssb.no/folkfram/> . 16-6-2011. 17-4-2011.

Ref Type: Internet Communication

- (6) Nasjonalt folkehelseinstitutt. Helsetilstanden i Norge: andelen eldre over 65 år i befolkningen. <http://fhi.no/artikler?id=70828> . 5-10-2011. 19-4-2012.

Ref Type: Internet Communication

- (7) Stortingsmelding nr 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted til rett tid.

Ref Type: Generic

- (8) Soini H, Routasalo P, Lagstrom H. Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients. Eur J Clin Nutr 2004; 58(1):64-70.

- (9) Stortingsmelding nr 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.

Ref Type: Generic

- (10) Guyton AC, Hall JE. Energetics and Metabolic Rate. In: Guyton & Hall, editor. Textbook of medical physiology. 11 ed. Elsevier Saunders; 2006. 881-888.

- (11) Smedbye K, Karoliussen M. Ernæring. In: Smedbye K, Karoliussen M, editors. Eldre, aldring og sykepleie. 8 ed. Universitetsforlaget; 1996. 219-250.

- (12) Mowe M. Eldre. In: Drevon C, et al, editors. Mat og medisin. Høyskoleforlaget AS; 2007. 425-439.

- (13) Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. CABI; 2003.
- (14) Aagaard H. Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. Rapport 2008:3. 36-43. 2008.

Ref Type: Generic

- (15) Lochs H, Allison SP, Meier R, Pirlich M, Kondrup J, Schneider S et al. Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, definitions and general topics. Clin Nutr 2006; 25(2):180-186.
- (16) Arvanitakis M, Beck A, Coppens P, De MF, Elia M, Hebuterne X et al. Nutrition in care homes and home care: how to implement adequate strategies (report of the Brussels Forum (22-23 November 2007)). Clin Nutr 2008; 27(4):481-488.
- (17) Mowe M, Diep L, Bohmer T. Greater seven-year survival in very aged patients with body mass index between 24 and 26 kg/m². J Am Geriatr Soc 2008; 56(2):359-360.
- (18) Beck AM, Balknas UN, Furst P, Hasunen K, Jones L, Keller U et al. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition--report and guidelines from the Council of Europe. Clin Nutr 2001; 20(5):455-460.
- (19) Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Cochrane Database Syst Rev 2009;(2):CD003288.
- (20) Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. 2009.
- (21) Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Lindorff K, Jorgensen LM et al. A method for implementation of nutritional therapy in hospitals. Clin Nutr 2006; 25(3):515-523.
- (22) Elia M, Zellipour L, Stratton RJ. To screen or not to screen for adult malnutrition? Clin Nutr 2005; 24(6):867-884.
- (23) Chernoff R. Issues in geriatric nutrition. Nutr Clin Pract 2009; 24(2):176-178.
- (24) Labossiere R, Bernard MA. Nutritional considerations in institutionalized elders. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2008; 11(1):1-6.
- (25) Sosial- og helsedirektoratet. Ernæring i helsetjenesten. 2007.
- (26) Arvanitakis M, Coppens P, Doughan L, Van GA. Nutrition in care homes and home care: recommendations - a summary based on the report approved by the Council of Europe. Clin Nutr 2009; 28(5):492-496.
- (27) Elia M, Stratton R. On the ESPEN guidelines for nutritional screening 2002. Clin Nutr 2004; 23(1):131-132.

- (28) Meld.St.13 (2011-2012). Utdanning for velferd.
Ref Type: Generic
- (29) Nasjonalt råd for ernæring. Nasjonalt råd for ernærings innspill til Stortingsmeldingen om utdanning for velferdstjenestene.
<http://www.regjeringen.no/upload/KD/Kampanjer/Velferdsutdanningene/dokumenter/Innspill/Nasjonalt raad for ernæring.pdf> . 19-9-2011. 25-4-2012.
Ref Type: Internet Communication
- (30) Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? Clin Nutr 2008; 27(2):196-202.
- (31) Thoresen L, Rothenberg E, Beck AM, Irtun O. Doctors and nurses on wards with greater access to clinical dietitians have better focus on clinical nutrition. J Hum Nutr Diet 2008; 21(3):239-247.
- (32) Helsedirektoratet. Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030. IS-1966. 2012.
Ref Type: Report
- (33) Den norske legeforening. Høring - Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. <http://legeforeningen.no/Legeforening-mener/Horingsuttalelser/2008/horing-nasjonale-faglige-retningslinjer-for-forebygging-og-behandling-av-underernaring-> . 22-10-2008. 25-4-2012.
Ref Type: Internet Communication
- (34) Helse og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, Prop. 91 L (2010-2011). 8-4-2011.
Ref Type: Generic
- (35) socialstyrelsen. 2006, 2007 och 2008 års stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer. 2008.
Ref Type: Report
- (36) Helse og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgstjenesteloven. LOV-2011-06-24-30. 26-4-2011.
Ref Type: Generic
- (37) Helse og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseoven). LOV-2011-06-24-29. 24-6-2011.
Ref Type: Generic
- (38) Helse og omsorgsdepartementet. Verdighetsgarantien. Forskrift om en verdig eldreomsorg. FOR-2010-11-12. 2012.
Ref Type: Generic
- (39) Helse og omsorgsdepartementet. Pasient- og brukerrettighetsloven. LOV-1999-07-02-63. 2-7-1999.
Ref Type: Generic

- (40) Helsetilsynet. Helsetilsynet: Tilsynet for barnevern-, sosial- og helsetjeneste. <http://www.helsetilsynet.no/no/Toppmeny/Om-tilsynsmyndighetene/Oversikt/Introduksjon-tilsynsmyndigheten-tilsyn-barnevern-sosial-helsetjeneste-Norge/>. 1-4-2011. 11-11-2011.

Ref Type: Report

- (41) Helsetilsynet. Krevende oppgaver med svak styring, samlerapport fra tilsyn 2010 med kommunenes sosial- og helsetjeneste til eldre. 2012.

Ref Type: Report

- (42) Sykehjemsetaten. http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/om_sykehjemsetaten/. 13-1-2012. 10-5-2011.

Ref Type: Internet Communication

- (43) Kennelly S, Kennedy NP, Rughoobur GF, Slattery CG, Sugrue S. An evaluation of a community dietetics intervention on the management of malnutrition for healthcare professionals. *J Hum Nutr Diet* 2010; 23(6):567-574.

- (44) Harris D, Haboubi N. Malnutrition screening in the elderly population. *J R Soc Med* 2005; 98(9):411-414.

- (45) Soini H, Muurinen S, Routasalo P, Sandelin E, Savikko N, Suominen M et al. Oral and nutritional status--Is the MNA a useful tool for dental clinics. *J Nutr Health Aging* 2006; 10(6):495-499.

- (46) Oslo kommune, Sykehjemsetaten, Avd Kvalitet/kompetanse/utvikling. Tiltaksplan i Gerica - for bruk i Sykehjemsetaten. Manual i Gerica. 2-5-2011.

Ref Type: Report

- (47) Umeå Universitet. Open Code 3.6 <http://www.phmed.umu.se/enheter/epidemiologi/forskning/open-code/>. 2011. 10-5-2011.

Ref Type: Internet Communication

- (48) Regional etisk komitè. Eksempler på virksomheter som ikke skal søke REK, http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_didm=34999&lan=2&_ikbLanguageCode=n. 2012. 5-5-2011.

Ref Type: Internet Communication

- (49) Statens ernæringsråd. Hverdagskost. Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner. Universitetsforlaget; 1995. 40-69.

- (50) Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2004. 4 ed. 2004.

- (51) Friis S, Vaglum P. Fra idé til prosjekt- en innføring i klinisk forskning. 2. 2002 ed. Tano Aschehoug; 1986.

- (52) Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002; 25(122):2468-72.

- (53) Frigessi A, et al. Statistiske metoder i medisin og helsefag. 1. 2006 ed. Gyldendal Norsk Forlag AS; 2006.
- (54) Ghosh AK. Organizing an effective continuous medical education session. *J Assoc Physicians India* 2008; 56:533-538.
- (55) Nøtnes T. Innføring i bruk av fokusgrupper. 2001. Seksjon for statistiske metoder og standarder, notat nr 24.

Ref Type: Report

- (56) Mowe M. [Treatment of malnutrition in elderly patients]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002; 122(8):815-818.
- (57) Saletti A, Lindgren EY, Johansson L, Cederholm T. Nutritional status according to mini nutritional assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. *Gerontology* 2000; 46(3):139-145.
- (58) Westergren A, Axelsson C, Lilja-Andersson P, Lindholm C, Petersson K, Ulander K. Study circles improve the precision in nutritional care in special accommodations. *Food Nutr Res* 2009; 53.
- (59) Wikby K, Ek AC, Christensson L. Implementation of a nutritional programme in elderly people admitted to resident homes. *Scand J Caring Sci* 2009.
- (60) Soderhamn U, Soderhamn O. A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients. *J Clin Nurs* 2009; 18(3):431-439.
- (61) Johansen N, Kondrup J, Plum LM, Bak L, Norregaard P, Bunch E et al. Effect of nutritional support on clinical outcome in patients at nutritional risk. *Clin Nutr* 2004; 23(4):539-550.
- (62) Akner G, Cederholm T. Treatment of protein-energy malnutrition in chronic nonmalignant disorders. *Am J Clin Nutr* 2001; 74(1):6-24.
- (63) Suominen MH, Kivisto SM, Pitkala KH. The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. *Eur J Clin Nutr* 2007; 61(10):1226-1232.
- (64) Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun O. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clin Nutr* 2006; 25(3):524-532.
- (65) Kennelly S, Kennedy NP, Corish CA, Flanagan-Rughoobur G, Glennon-Slattery C, Sugrue S. Sustained benefits of a community dietetics intervention designed to improve oral nutritional supplement prescribing practices. *J Hum Nutr Diet* 2011; 24(5):496-504.
- (66) Vifladdt EH, Hopen L. Helsepedagogikk - Samhandling om læring og mestring. Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring av kronisk sykdom; 2004.

- (67) Dallan O. Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere. 2. utgave, 2. opplag 2011 ed. Norsk Forlag AS; 2010.
- (68) Rycroft-Malone J, Harvey G, Seers K, Kitson A, McCormack B, Titchen A. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *J Clin Nurs* 2004; 13(8):913-924.
- (69) Hebuterne X, Bermon S, Schneider SM. Ageing and muscle: the effects of malnutrition, re-nutrition, and physical exercise. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2001; 4(4):295-300.
- (70) Margetts BM, Thompson RL, Elia M, Jackson AA. Prevalence of risk of undernutrition is associated with poor health status in older people in the UK. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57(1):69-74.
- (71) Patel MD, Martin FC. Why don't elderly hospital inpatients eat adequately? *J Nutr Health Aging* 2008; 12(4):227-231.
- (72) Crogan NL, Pasvogel A. The influence of protein-calorie malnutrition on quality of life in nursing homes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58(2):159-164.
- (73) Kumlien S, Axelsson K. Stroke patients in nursing homes: eating, feeding, nutrition and related care. *J Clin Nurs* 2002; 11(4):498-509.
- (74) van Bokhorst-de van der Schueren MA, Klinkenberg M, Thijs A. Profile of the malnourished patient. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59(10):1129-1135.
- (75) Helse og omsorgsdepartementet. Helsepersonelloven. Generelt om dokumentasjonsplikt. Regjeringen.no . 7-4-2012. 7-4-2012.

Ref Type: Generic

- (76) Førde R, et al. Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskr Nor laegeforen* 2006; 15(126):1913-16.
- (77) Gale BV, Schaffer MA. Organizational readiness for evidence-based practice. *J Nurs Adm* 2009; 39(2):91-97.
- (78) Novak D, Dooley S, Clark R. Best practices: understanding nurses' perspectives. *J Nurs Adm* 2008; 38(10):448-453.
- (79) Crogan NL, Shultz JA, Adams CE, Massey LK. Barriers to nutrition care for nursing home residents. *J Gerontol Nurs* 2001; 27(12):25-31.
- (80) Opsahl G, Solvoll BA, Granum V. Forførende samhandlingsreform. *Sykepleien* 2012; 100(03):60-63.
- (81) Heggstad T. Do hospital length of stay and staffing ratio affect elderly patients' risk of readmission? A nation-wide study of Norwegian hospitals. *Health Serv Res* 2002; 37(3):647-665.
- (82) Rugås L, Martinsen K. Underernæring er vanlig på sykehjem. *Sykepleien* 2003; 91(6):34-37.

- (83) van Bokhorst-de van der Schueren MA, Klinkenberg M, Thijs A. Profile of the malnourished patient. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59(10):1129-1135.

Vedlegg

Vedlegg nr 1: kunnskapsbasert spørreskjema

KUNNSKAPSBASERT SPØRRESKJEMA

for helsepersonell som er involvert i pilotprosjektet "Ernæring I sykehjem",
med den hensikt å evaluere undervisningsplanen. Dato:

Sett kun *ett* kryss under hvert spørsmål.

Spørsmål 1: Hvor ofte skal man veie (friske) pasienter i sykehjem?

- a) 1 gang pr uke
- b) 1 gang pr måned
- c) 1 gang i halvåret
- d) Vet ikke

Spørsmål 2: Hvor ofte skal man veie pasienter på sykehjem som er i risiko for underernæring?

- a) 1 gang pr uke
- b) 1 gang pr måned
- c) 1 gang i halvåret
- d) Vet ikke

Spørsmål 3: Hvordan beregner man energibehovet til en frisk person?

- a) 20 kcal pr kilo kroppsvekt
- b) 30 kcal pr kilo kroppsvekt
- c) 40 kcal pr kilo kroppsvekt
- d) Vet ikke

Spørsmål 4: Hvem bør tilbys mellommåltid?

- a) Tilbys til alle
- b) Kun til de som er syke
- c) Kun til de som har lang nattfaste
- d) Vet ikke

Spørsmål 5: Beriking av maten gjør den ekstra næringsrik. Hvilken matvare gir mest protein?

- a) Et egg
- b) 2 ½ ss H-melk
- c) 1 ss tubeost
- d) Vet ikke

Spørsmål 6:

Beriking med fett er en måte å øke energi-innholdet i maten. Hvor mye energi gir 1 ss olje?

- a) Ca 100 kcal
- b) Ca 200 kcal
- c) Ca 300 kcal
- d) Vet ikke

Spørsmål 7:

Både tilsetning av fett og karbohydrater øker energi-innholdet. Hva er mest effektivt?

- a) 1 ss sukker gir mer energi enn 1 ss olje
- b) 1 ss sukker gir mindre energi enn 1 ss olje
- c) 1 ss sukker gir like mye energi enn 1 ss olje
- d) Vet ikke

Spørsmål 8:

Hvor mye energi vil en vanlig melkebasert næringsdrikk (2 dl) gi?

- a) Ca 100 kcal
- b) Ca 200 kcal
- c) Ca 300 kcal
- d) Vet ikke

Spørsmål 9:

Hvor mye av dagens behov for energi vil en næringsdrikke (2 dl) dekke for en normalvektig gammel dame på 50 kg?

- a) 1/5 av dagsbehovet for energi
- b) 1/2 av dagsbehovet for energi
- c) Hele dagsbehovet for energi
- d) Vet ikke

Spørsmål 10:

Hvordan kan du være sikker på at pasienten får nok mat/energi?

- a) Pasienten får bedre appetitt
- b) Pasientens vekt holder seg stabil over tid
- c) Pasienten rapporterer å ha "mer energi/overskudd"
- d) Vet ikke

Vedlegg nr 2: kartleggingskjema for journalgjennomgang

Nr	Antall liggedøgn
Alder:	Hoveddiagnoser:

1. **ADL:** score på spm 6 (lage mat):

Score på spm 7 (spise):

2. **FAKTORER SOM KAN PÅVIRKE ERNÆRINGSSTATUS:**

Egne tenner	<input type="checkbox"/> Proteser som passer	<input type="checkbox"/> Proteser som ikke passer	Annet	Ikke angitt
Munntørrhet:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/>	Ikke angitt
Sår i munnen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/>	Ikke angitt
Svelgeproblematikk:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/>	Ikke angitt
Nedsatt appetitt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/>	Ikke angitt
Kvalme:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/>	Ikke angitt
Diaré:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/>	Ikke angitt
Obstipasjon:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/>	Ikke angitt
Ødemer:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/>	Ikke angitt
Hjelp til mating:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/>	Ikke angitt
Smerter:.....	Ja	Nei		Ikke angitt

3. Tran:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Multivitamin: <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
-----------------	-----------------------------	------------------------------	---	------------------------------

ERNÆRINGSRELATERTE JOURNALNOTATER: (Angi antall notater for hvert tema ved å sette en strek hver gang temaet omtales i et nytt notat.)

4. **Vedtak på ernæring:** Ja Nei

MNA-skjema utfylt:	Ja	Nei	Antall ganger
Underernæring beskrevet:	Ja	Nei	Antall ganger
Vektregistrering uten MNA:	Ja	Nei	Antall ganger
Høydereregistrering uten MNA:	Ja	Nei	Antall ganger

5. Tiltaksplan for ernæring: Ja Nei**6. Mat:**

Beskrivelse av matvaner hjemme:	Ja	Nei	
Beregning av energibehov:	Ja	Nei	Antall ganger
Kostregistrering en hel dag:	Ja	Nei	Antall ganger
Matinntak beskrevet detaljert:	Ja	Nei	Antall ganger
”Spist bra/vanlig/okey”:	Ja	Nei	Antall ganger
”Spist lite”:	Ja	Nei	Antall ganger
”spist litt”	Ja	Nei	Antall ganger
”spiser alt”	Ja	Nei	Antall ganger
”vil ikke spise”	Ja	Nei	Antall ganger
”spist” (på rommet/stua/til måltidet)	Ja	Nei	Antall ganger

7. Drikke:

væskeregistrering en hel dag:	Ja	Nei	Antall ganger
Drikkeinntak beskrevet detaljert:	Ja	Nei	Antall ganger
”Drukket bra”:	Ja	Nei	Antall ganger
”Drukket lite”:	Ja	Nei	Antall ganger
”Drukket litt”	Ja	Nei	Antall ganger

8. Ernæringstiltak:

Beriking	Ja	Nei	Antall ganger
Ønskekost	Ja	Nei	Antall ganger
mellommåltider	Ja	Nei	Antall ganger
Næringsdrikker	Ja	Nei	Antall ganger
Calogen	Ja	Nei	Antall ganger
Små porsjoner	Ja	Nei	Antall ganger
Annet	Ja	Nei	Antall ganger

Legenotat: hvis noe utpeker seg

Vedlegg nr 3: Fremgangsmåte for kartlegging av tiltaksplan i Gerica

1. **Logg inn** på Gerica 7_3 Pro ved hjelp av tildelt brukernavn og passord
2. **Velg rolle** ved å gå inn på fil i menyen: bytt rolle.
 - høyreklikk i ve.felt og det vil komme opp valg-alternativer
 - marker ønsket rolle og trykk enter
 - blålys: før inn "mastergradsstudie"
3. Trykk på "**bruker**" (verktøylinje)
4. Sett inn **journalnr** i feltet, trykk *tabulator* og PC vil søke etter nummeret.
5. For å finne vedtak:
 - trykk på "**sak**" (verktøylinje), se til at **journalnr** er det samme (hvis nummeret forsvinner; skriv det inn igjen)
 - trykk på "**Alle**"
 - finn ønsket vedtak (dato) og *dobbeltklikk* for å få dette frem.

→Gå igjennom arkene, det dokumenteres ikke likt slik at informasjonen kan stå noe spredt.

→Er det vedtak på ernæring?

- lukk bildet

6. ADL:

- trykk på "**ADL**" (verktøylinje)

→ er det utført ADL iløpet av korttidsoppholdet, evt i overflyttingen fra sykehus til sykehjem?

- før opp verdien for pkt 6 og 7
- lukk bildet

7. Les journal:

- trykk "**journal**" (verktøylinje)
- *endre dato* til perioden for start av korttidsoppholdet
- trykk "**home**" for å komme til denne datoen i friteksten
- les *fritekst* og kartlegg dokumentasjonen ifølge evalueringsskjema

- før også opp tekst som kan brukes som eksempler
- lukk bildet

8. Les tiltaksplan:

- trykk ”**tiltaksplan**” (verktøylinje)
- fjern ”**kun aktive**”
- Her dokumenteres det veldig forskjellig; dobbelklikk på linjen for å få frem oppstartsdato. Kartlegg dersom det tilhører korttidsperioden, følg evalueringsskjemaet
 - Gule mapper (problemområde) markert med +, har mer informasjon under seg.
 - grønn linje gir beskrivelse, hvis markert med +, har den også mer info.
 - blå linje gir tiltak og evalueringstekst.
- lukk bildet

9. Se over medisinene:

- trykk på ”**medisin**” (verktøylinje)
- fjern ”**kun aktive**”
- gå igjennom lista både for *ordinær* og *eventuell* medisin.
- kartlegg etter evalueringsskjema, følg perioden for korttidsplassen

Dersom legen har dokumentert ”ingen medisinforandring” i legenotat for oppholdet, kan enkelte forordninger fra tidligere datoer være gjeldende.

- lukk bildet

Neste journal, samme prosedyre.

Vedlegg nr 4: Invitasjon til å delta i fokusgruppeintervju

Invitasjon til å delta i fokusgruppeintervju.

Som masterstudent i klinisk ernæring ved Universitetet i Oslo skal jeg gjennomføre en evaluering av pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem” som har blitt gjennomført fra 1. september til 1. desember 2011 på deres arbeidssted.

Målet med dette pilotprosjektet har vært:

- å utvikle en **enhetlig praksis** for ernæringsbehandlingen slik at alle som arbeider på korttidsenhetene vil ha lik tilgang til ernæringsverktøyene.
- **Kompetanseheving** blant de ansatte i forhold til forebygging og behandling av underernæring, dette via undervisning og veiledning av klinisk ernæringsfysiolog.
- Forbedring av **dokumentasjon** av ernæringstiltak i gjeldende dokumentasjons-systemer.
- **Kvalitetssikre videreføring av tiltak** ved overføring av pasienter til andre enheter som følge av økt dokumentasjon. Dette omfatter journaldokumenterte ernæringstiltak som er igangsatt.

Det er ønskelig at forslag til prosedyrer og ernæringsverktøy utviklet i prosjektet, på sikt, kan innlemmes i Sykehjemsetatens eget kvalitetssystem. Derfor er det viktig med evaluering av prosjektet for å se på hvordan implementeringen har gått og om vi har kommet i mål slik vi ønsket.

Som en del av evalueringen ønsker jeg å benytte fokusgruppeintervjuer. Her ønsker jeg å få frem de ansattes erfaringer, tanker og meninger om hvilket utbytte de har hatt av ernæringsverktøyene i praksis. Vi vil også diskutere om opplærings- og undervisningsplanen har ført til holdningsendring og økt fokus på ernæring.

Det er ønskelig at fokusgruppene skal bestå av 5-8 ansatte fra avdelingen. I tillegg til meg vil en av mine veiledere være tilstede, Tonje Mellin-Olsen. Det er frivillig å delta på intervjuet og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Det vil ikke få konsekvenser for ditt ansettelsesforhold. Utvalget vil skje ved at ledelsen forespør sine ansatte og jeg kommer ikke til å vite din identitet før du skriver under på samtykkeerklæringen.

Intervjuet vil ta ca en time og foregår på deres arbeidssted. Opplysninger som fremkommer i gruppen vil bli behandlet konfidensielt. Det vil bli tatt opp på bånd og tekstmaterialet vil senere bli skrevet ut på data. Datamaterialet skal anonymiseres, det vil si at direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller omkodes og at lydopptak og samtykkeerklæringer slettes når arbeidet med oppgaven avsluttes. Data fra intervjuet vil dermed ikke være mulig å føre tilbake til den enkelte deltaker. Oppgaven antas å være ferdig til sommeren 2012.

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede

opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

De som blir med i fokusgruppene bes signere samtykkeerklæring som leveres til deres arbeidsleder.

Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker ditt ansettelsesforhold. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på telefonnummer 99039430, eller sende en e-post til

kjersti.trangsrud@studmed.uio.no Du kan også kontakte min veileder, klinisk ernæringsfysiolog Johanne Alhaug, på epost joal@lds.no . Mine andre veiledere er klinisk ernæringsfysiolog Tonje Mellin-Olsen ved Lovisenberg Diakonale sykehus og professor Kirsten Holven ved Universitetet i Oslo.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Vennlig hilsen

Kjersti Trangsrud

Mastergradsstudent i klinisk ernæring

Samtykkeerklæring:

Jeg har lest informasjonen og erklærer at jeg ønsker å delta i intervjuet.

Navn:.....

Dato:.....

Signatur:.....

Vedlegg nr 5: intervjuguide til fokusgruppene

Evaluering av pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem”.

Veiledende intervjuguide for fokusgruppene

TEMA	SPØRSMÅL
Ernæring i fokus	<p>Hvordan har prosjektet påvirket fokuset på ernæring i avdelingen?</p> <p>- Hvis endret fokus, hva har bidratt mest til å endre fokuset på ernæring under disse tre månedene med prosjekt?</p> <p>Hva slags oppfølging vil det kreve for å opprettholde fokuset på ernæring?</p> <p>Hvor viktig er det å ha en arbeidsleder/ledelse som en pådriver for ernæringsarbeidet?</p> <p>Er det ting som kan/bør gjøres annerledes under implementeringen i de andre avdelingene?</p>
PC- skjerminnhold	<p>Hvilke erfaringer sitter dere igjen med vedr bruk av PC (– med ernæringsinformasjon, tiltak og prosedyrer)?</p> <p>- fungerte det som forventet?</p> <p>- ble det mye/lite brukt? - hva ble mest/minst brukt? - behov for annen informasjon på PC/ Kommentarer på innhold?</p> <p>Fikk dere anledning til å bruke den til pasientveiledning?</p> <p>- hvis ja, hva ble vist frem/brukt?</p>
Undervisning av ansatte	<p>Hvilke forventninger hadde dere til undervisningen? (tema, sted, tidspunkter, antall)</p> <p>- ble forventningene møtt/kunnskapsbehovet dekket?</p> <p>- andre emner som burde vært dekket?</p> <p>For de ansatte som ikke var tilstede på undervisningen,- hvordan tilegnet de seg materialet i etterkant?</p>

	-hvordan kan vi nå frem til flere ansatte med undervisningen/hva kan gjøres annerledes?
Dokumentasjon av ernærings tiltak	<p>Dokumenterer du annerledes nå enn før?</p> <p>- Hvis ja, hvordan.</p> <p>Har det kommet klart frem hvordan dokumentasjonen skal gjøres?</p> <p>- Hvis nei, hva kunne vært gjort annerledes?</p>
Veiledning av klinisk ernæringsfysiolog	<p>Hvordan var det å ha klinisk ernæringsfysiolog tilstede i avdelingen tilgjengelig for veiledning?</p> <p>- hvordan ble veiledningen benyttet/hva ble gjort?</p> <p>- hvordan ble dette iforhold til deres forventninger til å ha en klinisk ernæringsfysiolog tilstede over tid?</p> <p>- hva kan gjøres annerledes?</p>

Vedlegg 6: Godkjenning av journalgjennomgang (I)

PILOTPROSJEKT - ERNÆRING I SYKEHJEM. BREV TIL JOURNALANSVARLIGE I DELTAKENDE SYKEHJEM

Sykehjemsetaten har etablert pilotprosjektet ”Ernæring i sykehjem” som er planlagt avsluttet innen 31.12.2011. Prosjektet er et samarbeidsprosjekt med Lovisenberg Diakonale Sykehus. Det involverer Grünerløkka sykehjem, Kingos gate bo- og rehabiliteringssenter, St. Hanshaugen omsorgssenter og Vålerengen bo- og behandlingssenter.

Prosjektets formål:

- Utvikle enhetlig praksis for ernæringsbehandling, rettet mot forebygging og behandling av underernæring
- Kompetanseheving blant de ansatte i forhold til forebygging og behandling av underernæring
- Bedret dokumentasjon av ernæringstiltak
- Kvalitetssikre en videreføring av tiltak ved overføring av pasienter

Evaluering av pilotprosjektet:

Pilotprosjektet har fått en mastergradsstudent i klinisk ernæring ved Universitet i Oslo (UiO) som i sin masteroppgave skal legge opp til evaluering av prosjektet. Evalueringen vil omhandle effekten av implementering av ernæringsverktøy i forhold til dokumentasjon av ernæringstiltak, konkrete igangsatte tiltak på avdelingene, samt utbytte for personalet, teoretisk og praktisk, i forhold til forebygging og behandling av underernæring.

Pilotprosjektet er godkjent av Sykehjemsetaten som et kvalitetssikringsprosjekt og har til hensikt å kvalitetssikre tjenesten som ytes til pasientene. Det er ikke et forskningsprosjekt og det innhentes ikke ny informasjon fra pasientene eller andre eksterne kilder. Det benyttes kun opplysninger som allerede er registrert i pasientjournalene. Helsepersonellovens (HPL) § 26 gir hjemmelsgrunnlag for gjennomføring og dermed forutsettes at samtykke fra pasientene ikke innhentes. Mastergradsstudenten skal gjennomgå et utvalg på til sammen 100 journaler fra de involverte avdelingene ved de fire sykehjemmene, for en periode før prosjektet startet og tilsvarende antall ved avslutning av prosjektet. Gjennomgangen skal kartlegge hvorvidt det er opprettet ernæringstiltak med tilhørende dokumentasjon i journalene til pasientene.

Kartleggingen skal gjøres uten at pasientenes navn knyttes til registreringen.

Mastergradsstudenten har ikke vært og vil ikke være, en av helsepersonellet som yter helsehjelp til pasientene, slik som ved ordinære studiepraksiser. Prosjektet finner det derfor riktig å be om en bekreftelse fra journalansvarlig ved hver enkelt institusjon om at mastergradsstudenten kan få tilgang til et nærmere definert utvalg av journalene fra hver institusjon.

Sykehjemsetaten ber derfor om en skriftlig bekreftelse **innen 31.05.2011** fra journalansvarlig til at studenten skal gis tilgang til journalene. Studentens navn er Kjersti Trangsrud.

For nærmere informasjon og spørsmål knyttet til evalueringen kan prosjektleder Johanne Alhaug, Lovisenberg Diakonale Sykehus kontaktes. E-post: johanne.alhaug@lds.no

Med hilsen

Bente Riis
etatsdirektør

Ingrid Køhler Knutsen
prosjektleder

Vedlegg nr 7: Godkjenning av journalgjennomgang (II)

Fra: Ingrid Køhler Knutsen

Sendt: 28. november 2011 14:44

Til: kjertr

Kopi: Johanne Alhaug

Emne: Bekreftelse på godkjenning av journaltilgang

Til den det måtte angå!

Det vises til vedlagte brev som ble sendt til deltakende sykehjem i pilotprosjektet for ernæring mellom Lovisenberg Diakonale sykehjem og Sykehjemsetaten. Likelydende brev ble sendt til øvrige sykehjem som deltar i prosjektet.

Sykehjemsetaten mottok bekreftelse fra alle sykehjemmene om at Kjersti Trangsrud kunne få tilgang til utvalgte journaler som en del av evalueringen av prosjektet.

Med hilsen

Ingrid Køhler Knutsen

Spesialkonsulent

Vedlegg nr 8: Godkjenning fra Kompetansesenter for personvern og informasjonssikkerhet
Oslo Universitetssykehus HF

Hei!

25.11.11

Jeg er en mastergradsstudent i klinisk ernæring ved Universitetet i Oslo. Nå gjør jeg en masteroppgave som går ut på å evaluere et pilotprosjekt, "Ernæring i sykehjem". Dette er et samhandlingsprosjekt mellom Lovisenberg Diakonale sykehus, Sykehjemsetaten og fire sykehjem i Oslo og omhandler forebygging og behandling av underernæring blant eldre i sykehjem.

Følgende problemstilling er valgt:

"Fører økt fokus på underernæring gjennom undervisning og systematiserte tiltak til økt kunnskap, forståelse og ferdigheter blant personalet og dermed økt dokumentasjon av ernæringstiltak i pasientjournal?"

Fokuset i prosjektet ligger på implementering av ernæringsverktøy til de ansatte. Hvordan dette har effekt på pasientene er ikke en del av dette prosjektet. I evalueringen brukes både kvantitative og kvalitative metoder, og denne meldingen gjelder bruken av lydopptaker under fokusgruppe-intervju som skal benyttes i siste evalueringsrunde. Siden dette er et kvalitetssikringsprosjekt har Sykehjemsetaten vurdert at det ikke trenger godkjenning fra REK.

Med fokusgruppene ønsker vi å få frem de ansattes egne tanker, meninger og erfaringer om hvordan implementeringen har gått til, både med tanke på undervisning, bruk av PC med ernæringsverktøy og veiledning av klinisk ernæringsfysiolog. Dette er veldig viktig kunnskap siden disse ernæringsverktøyene også skal implementeres på flere av Oslo's sykehjem. De ansatte vurderes som én gruppe,- som alle har mottatt samme type implementering, slik at opplysninger om kjønn, alder og arbeidssted er ikke relevant og vil ikke bli registrert. Vedlagt følger prosjektbeskrivelsen og meldeskjema.

Mvh

Kjersti Trangsrud
mastergradsstudent
Stemsrudvegen 26
2265 Namnå

Hei!

Denne studien er ok for personvernombudet ved OUS, forutsatt at vedlagte endringer tas inn i samtykket.

Lykke til videre med prosjektet!

Med vennlig hilsen
Kathrine Rogstad
personvernrådgiver
Kompetansesenter for personvern og informasjonssikkerhet
Oslo Universitetssykehus HF
kathrine.rogstad@oslo-universitetssykehus.no
www.oslo-universitetssykehus.no/personvern

Vedlegg 9: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Kirsten Holven
Avdeling for ernæringsvitenskap
Institutt for medisinske basalfag
Universitetet i Oslo
Postboks 1046 Blindern
0316 OSLO

Harald Hørligren gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 06.01.2012

Vår ref: 28851 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.11.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28851	<i>Ernæring i sykehjem - evaluering av et pilotprosjekt</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kirsten Holven</i>
Student	<i>Kjersti Trangsrud</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.08.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Kjersti Trangsrud, Stemsrudvegen 26, 2265 NAMNÅ



Prosjektets formål er å øke fokuset på ernæring blant de ansatte i sykehjem. Utvalget består av de ansatte ved fire sykehjem i Oslo. Førstegangskontakt opprettes via arbeidsleder på de respektive sykehjem.

Prosjektet er meldt inn som en nasjonal multisenterstudie, men etter samtale med student 05.01.2012 ble det klart at dette ikke er et samarbeid mellom ulike forskningsinstitusjoner som skal dele rådata (personopplysninger), men et samarbeid mellom Lovisenberg Diakonale sykehus, Sykehjemsetaten og de fire sykehjemmene i Oslo. Samarbeidet består i at det først skal gjøres en intervensjon/undervisningsopplegg av de ansatte hvor klinisk ernæringsfysiolog fra Lovisenberg Diakonale sykehus er prosjektleder og står for undervisning vedr. forebygging og behandling av underernæring av eldre i sykehjem. I tillegg kommer også regelmessig veiledning i kompetansehevingøymed på sykehjemmene. Sykehjemsavdelingene mottar også en PC med prosedyrer, tiltak og informasjon angående forebygging og behandling av underernæring, utarbeidet av klinisk ernæringsfysiolog sammen med en arbeidsgruppe bestående av ansatte fra sykehjemmene.

Det skal deretter gjennomføres gruppeintervju med de ansatte som har deltatt i intervensjonen i regi av masterstudent ved UiO. Det vil registreres opplysninger om hva de ansatte har fått ut av prosjektet (intervensjonen). Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og transkribert i anonymisert form til PC. Ombudet tar høyde for at opptaksutstyret vil innebære en elektronisk behandling av personopplysninger, jf. samtale med student 05.01.2012.

Ombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc.

Det skal gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Ombudet har mottatt informasjonsskriv og finner det tilfredstillende. Behandlingen kan hjemles i personopplysningsloven § 8 (samtykke).

Prosjektsslutt er angitt til 31.12.2012. Senest ved prosjektsslutt vil lydopptakene være slettet, og datamaterialet anonymisert. Ombudet minner om at et anonymt datamateriale kun består av opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler, eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel.